
COLLECTION

Santé, assistance, interventions sociales et problèmes sociaux



LES EFFETS DE LA CRÉATION DES CSSS SUR LES PRATIQUES PARTENARIALES, PSYCHOSOCIALES ET COMMUNAUTAIRES

Rapport de recherche

Co-publication

Groupe de recherche et d'interventions régionales (GRIR)

Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC)

Alliance de recherche université-communauté –

Innovation sociale et développement des communautés (ARUC-ISDC)

et Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS)

Denis BOURQUE,

René LACHAPELLE,

Sébastien SAVARD,

Marielle TREMBLAY

et Danielle MALTAIS

avec la collaboration de

Sabrina TREMBLAY et Francine LEMIEUX

GRIR
G r o u p e
d e r e c h e r c h e
e t d ' i n t e r v e n t i o n
r é g i o n a l e s

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

FÉVRIER 2011

**Les effets de la création des CSSS sur
les pratiques partenariales,
psychosociales et communautaires**
Rapport de recherche

Co-publication

Groupe de recherche et d'interventions régionales (GRIR)

Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC)

Alliance de recherche université-communauté – Innovation sociale et développement des
communautés (ARUC-ISDC)

et Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales (LAREPPS)

Denis Bourque, René Lachapelle, Sébastien Savard,
Marielle Tremblay et Danielle Maltais

avec la collaboration de Sabrina Tremblay et Francine Lemieux

Coordination de l'édition : Suzanne Tremblay

Édition finale et mise en forme : Guylaine Munger et Mélissa Lapointe

© Université du Québec à Chicoutimi

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2011

Bibliothèque et Archives Canada

Bibliothèque Nationale du Québec

ISBN : 978-2-923095-48-6

GRIR / CRCOC / ARUC-ISDC / LARREPS

TABLE DES MATIÈRES

Notes biographiques des auteurs	v
Liste des acronymes	vii
Sommaire.....	ix
Introduction	1
CHAPITRE1 : Problématique et méthodologie de la recherche	3
1.1 La réforme de la santé et des services sociaux	4
1.2 Les rapports entre l'État et les organismes communautaires.....	9
1.3 Le programme de services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillessement (PALV).....	12
1.. La démarche de recherche	17
CHAPITRE 2 : Les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillessement (PALV).....	19
2.1 Deux contextes régionaux quant à la perte d'autonomie liée au vieillissement	19
2.2 Les scénarios régionaux de services aux personnes en PALV	21
2.3 Présentation sommaire des quatre CSSS étudiés.....	24
2.4 L'organisation des services aux personnes en PALV.....	25
2.5 L'élaboration des projets cliniques en PALV	29
CHAPITRE 3 : Les effets de la création des CSSS dans le programme PALV.....	37
3.1 Les rapports avec les partenaires communautaires.....	38
Région de Montréal	
3.1.1 Améliorer des rapports déjà bons.....	39
3.1.2 Des changements tout de même suite à la création des CSSS	40
3.1.3 L'harmonisation, un terrain potentiellement conflictuel.....	41
3.1.4 Échelles différenciées de partenariat, ententes de services et autonomie communautaire	42
Région du Saguenay	
3.1.5 Au CSSS 4, de création récente	44
3.1.6 Au CSSS 3, créé depuis près de 10 ans.....	50
3.1.7 La complémentarité dans les deux CSSS du Saguenay	51
3.1.8 Au terme de l'analyse au Saguenay	52

3.2. Changements dans la pratique psychosociale	53
Région de Montréal	
3.2.1 Les changements dans l'offre de services	53
3.2.2 Transformation des tâches et organisation du travail en travail social	56
3.2.3 L'encadrement administratif et la supervision professionnelle	64
3.2.4 La reconnaissance du travail social.....	66
Région du Saguenay	
3.2.5 Description de tâches et organisation du travail	66
3.2.6 Encadrement administratif et supervision clinique	70
3.2.7 Autonomie professionnelle, organisation du travail et reconnaissance de la pratique psychosociale.....	74
3.3. Changements dans la pratique d'organisation communautaire	80
Région de Montréal	
3.3.1 Les rapports avec les organismes communautaires et les territoires.....	80
3.3.2 Les rapports avec la direction, l'organisation du travail et l'encadrement.....	84
3.3.3 Reconnaissance de la pratique	85
Région du Saguenay	
3.3.4 Description de tâches et reconnaissance de la pratique de l'organisation communautaire.....	86
3.3.5 Encadrement administratif et organisation du travail	87
3.3.6 Rapports entre les organisateurs communautaires et la direction des CSSS	88
3.3.7 Rapports avec les organismes communautaires.....	88
3.4. Le projet clinique du programme PALV	89
Région de Montréal	
3.4.1 Processus d'élaboration, participation et appropriation	89
3.4.2 Les changements dans les services aux personnes en PALV	92
Région du Saguenay	
3.4.3 Connaissance et compréhension du projet clinique	99
3.4.4 Les changements dans les services aux personnes en PALV	107
3.5. Atteinte des objectifs de la création des CSSS et perspectives d'avenir	111
Région de Montréal	
3.5.1 Les services PALV.....	111
3.5.2 Rapports entre l'établissement et les organismes communautaires.....	115
Région du Saguenay	
3.5.3 Les services aux personnes en PALV	116
3.5.4 Rapport entre les CSSS et les organismes communautaires	117
3.5.5 L'hébergement	118
3.5.6 Pratique psychosociale.....	119
3.5.7 Pratique d'organisation communautaire	120

CHAPITRE 4 : Analyse comparative des résultats observés sur les quatre territoires de CSSS-RLS.....	123
4.1 Au niveau des rapports avec les partenaires	123
4.2 Au niveau des pratiques psychosociales.....	124
4.3 Au niveau des pratiques d'organisation communautaire.....	128
4.4 Au niveau du projet clinique du programme PALV.....	130
4.5 Au niveau de l'atteinte des objectifs de la création des CSSS et des perspectives d'avenir	133
CHAPITRE 5 : Discussion	135
5.1 Les rapports entre l'État et les partenaires communautaires	135
5.2 Nouvelle gestion publique et transformation des services sociaux et de santé	137
5.3 La gestion du changement dans les nouveaux CSSS.....	142
Conclusion.....	149
Bibliographie	153

FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 – Le réseau local de services (RLS)	7
Figure 2 – Configuration des programmes	8
Tableau 1 – Répartition des entrevues réalisées	17
Tableau 2 – Couverture de la région de Montréal comparée au reste du Québec	22
Tableau 3 – Typologie des partenariats	136

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	161
----------------	-----

NOTES BIOGRAPHIQUES DES AUTEURS

Denis Bourque est professeur titulaire au Département de travail social et des sciences sociales de l'Université du Québec en Outaouais. Il est également titulaire de la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire et co-responsable de l'axe Développement social des communautés de l'ARUC Innovation sociale et développement des communautés. Il a été organisateur communautaire au CLSC Seigneurie-de-Beauharnois de 1975 à 1990 et coordonnateur des services à la communauté au CLSC Jean-Olivier-Chénier de 1990 à 2002. Ses travaux de recherches et publications concernent l'organisation communautaire, le développement des communautés et le partenariat entre organismes communautaires et établissements publics. Il a publié en 2008 un ouvrage aux Presses de l'Université du Québec dont le titre est : *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés*. Il a cosigné avec René Lachapelle en 2010 un ouvrage aux Presses de l'Université du Québec dont le titre est : *Service public, participation et citoyenneté, L'organisation communautaire en CSSS*.

René Lachapelle est professionnel de recherche à la Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (UQO) et doctorant à l'Université Laval. Il a été organisateur communautaire au CLSC du Havre puis CSSS Pierre-De Saurel (Sorel-Tracy) de 1985 à 2009 et président du Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et centres de santé (RQIIAC) de 2002 à 2006. Il est actuellement président de la Société d'aide au développement des collectivités (SADC) de Pierre-De Saurel et président du Groupe d'économie solidaire du Québec (GESQ). Ses travaux de recherches et publications concernent l'organisation communautaire, le développement des communautés et la coopération internationale de proximité. Il a cosigné avec Denis Bourque en 2010 un ouvrage aux Presses de l'Université du Québec dont le titre est : *Service public, participation et citoyenneté, L'organisation communautaire en CSSS*. Il a aussi collaboré à la rédaction de *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS. Cadre de référence du RQIIAC* (2010) publié aux Presses de l'Université du Québec.

Sébastien Savard, travailleur social de profession, est professeur à l'École de Service social de l'Université d'Ottawa. Il s'intéresse à la pratique de l'organisation communautaire en travail social et à la gestion des services sociaux. Ses recherches actuelles portent sur le partenariat entre les organismes communautaires et les établissements publics et sur les impacts des fusions d'établissements dans le domaine de la santé et des services sociaux. Il a réalisé et réalise plusieurs recherches évaluatives s'intéressant plus particulièrement aux pratiques sociales. Il a signé avec Jean Proulx et Denis Bourque *Les interfaces entre l'État et le tiers secteur au Québec* (2005) dans les cahiers (C-01-2005) de l'ARUC-Économie sociale. Il est co-auteur de *Contexte institutionnel et conditions d'implantation des centres locaux de développement au Québec* (2007) et coéditeur de *Inégalités, démocratie et*

développement. Des enjeux pour la gouvernance des territoires locaux et régionaux (2006) publiés au Groupe de recherche et d'intervention régionales (GRIR).

Marielle Tremblay est professeure titulaire au Département des sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi. Ses activités d'enseignement et de recherche sont principalement orientées sur la problématique des rapports sociaux de sexe analysée à partir d'une perspective sociopolitique. Ses champs d'expertise portent sur les rapports de genre, l'économie sociale, le développement social, les pratiques de soin et du soutien dans la communauté et les mouvements sociaux. Elle a été coordonnatrice du Groupe de recherche et d'intervention régionales de l'UQAC de 2004 à 2010. Elle est membre de la Commission d'enseignement et de recherche du Conseil supérieur de l'éducation depuis 2008 et membre du Comité aviseur d'éthique et de gouvernance de la biobanque Génome Québec – CAURC. Elle a siégé au Conseil de la santé et du bien-être (2002 à 2006) et au Conseil du statut de la femme (1995 à 2000). Elle est coéditrice de plusieurs ouvrages, notamment : *Le développement social, un enjeu pour l'économie sociale* (P.U.Q., 2006), *Inégalités, démocratie et développement, des enjeux pour la gouvernance des territoires locaux et régionaux* (GRIR, ARUC-ES, 2006), et *Développement local, économie sociale et démocratie* (P.U.Q., 2006).

Danielle Maltais est professeure à l'Unité d'enseignement en travail social à l'Université du Québec à Chicoutimi depuis janvier 1994. Elle a participé à l'élaboration et au développement de plusieurs projets de recherche en promotion de la santé au cours des derniers 25 ans. Depuis 1996, elle a développé un champ de recherche sur les conséquences des événements traumatiques sur la santé des victimes et des intervenants rémunérés ou bénévoles appelés à appliquer les mesures d'urgence. Elle est d'ailleurs co-auteur de plusieurs articles et volumes traitant de ces problématiques, dont entre autres des articles sur les conséquences des événements traumatiques sur la santé et sur le processus de résilience des individus dont *Catastrophes en milieu rural* publié en 2003 aux Éditions JCL. Elle est coéditrice avec Marie-Andrée Rheault de *L'intervention sociale en cas de catastrophe* publié en 2005 aux Presses de l'Université du Québec. Depuis les dernières années, elle a également réalisé des études auprès d'adolescents et de jeunes adultes visant à identifier les retombées de projets spéciaux sur leur qualité de vie et leurs perspectives d'avenir.

LISTE DES ACRONYMES

ADRLSSSS	Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
AHQ	Association des hôpitaux du Québec
AQÈSSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
AQRP	Association québécoise des retraité(e)s des secteurs public et parapublic
ARH	Agent de relations humaines
ARUC	Alliance de recherche université-communauté
ASSS	Agence de santé et des services sociaux
ASSSM	Agence de santé et des services sociaux de Montréal
ASSS-SLSJ	Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean
CESSSS (1988)	Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux
CESSSS (2000)	Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMA	Centre médical associé
CRCOC	Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire
CRSH	Conseil de recherche en sciences humaines (du Canada)
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRMG	Département régional de médecine générale
ETC	Équivalent temps complet
FMI	Fonds monétaire international
GMF	Groupe de médecine familiale
GRIR	Groupe de recherche et d'intervention régionales
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISO-SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
LAREPPS	Laboratoire de recherche sur les pratiques et politiques sociales
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Organisateur ou organisatrice communautaire
OÉMC	Outil d'évaluation multiples clientèles
OMH	Office municipal d'habitation
PAL	Plan d'action locale
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement

PAPA	Personne âgée en perte d'autonomie
PAR	Plan d'action régional
PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PPALV	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
PRSAC	Politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire
PROS	Plans régionaux d'organisation de services
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RI	Ressource intermédiaire
RIOCM	Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal
RLS	Réseau local de services
RQIIAC	Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS
RTF	Ressource de type familial
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SACAIIS	Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales
SAD	Soutien à domicile
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
TED	Trouble envahissant du développement
UQAC	Université du Québec à Chicoutimi
UQO	Université du Québec en Outaouais
URFIG	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive gériatrique

SOMMAIRE

Les lois 25 et 83 ont modifié substantiellement le régime québécois de santé et de services sociaux. Le préambule de la « Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux » (Loi 25) précise que celle-ci « vise, par la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux » (Québec, 2003). La coordination d'un réseau local de services (RLS) qui est essentiellement un cadre de partenariat entre acteurs institutionnels et communautaires est confiée aux centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ces instances locales sont créées par la fusion des centres locaux de services communautaires (CLSC), des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et de l'hôpital d'un territoire local. Elles se voient confier la responsabilité populationnelle de ce territoire et doivent définir un projet clinique et organisationnel pour les neuf programmes clientèles définis par le Ministère. La Loi 83 (Québec, 2005) a pérennisé les agences régionales de la santé et des services sociaux et leur a confié la coordination du financement, de l'allocation des ressources humaines et des services spécialisés.

L'objet de la recherche

Notre recherche vise à répondre à deux grandes questions :

- 1) Quels sont les effets de cette reconfiguration des établissements de santé et de services sociaux sur les pratiques partenariales entre le réseau public, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ?
- 2) Quels sont les changements attribuables à la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) dans les rôles et fonctions des intervenants psychosociaux et des organisateurs communautaires œuvrant dans le programme PALV ?

La recherche a été menée dans deux des douze CSSS de la région de Montréal et deux des six de la région du Saguenay – Lac-Saint-Jean¹. En 2006, durant donc les toutes premières années du regroupement des établissements en CSSS, nous avons entrepris une recherche documentaire et réalisé, en 2008, des entrevues qui offrent le portrait d'un processus en cours de réalisation et permettent d'appréhender comment cette création a été vécue par les intervenantes et intervenants – cadres, intervenants et intervenantes sociales et organisateurs communautaires – et par les partenaires du communautaire et de l'économie sociale. Le projet de recherche s'est concentré sur les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) parce qu'il s'agit d'un programme majeur

¹ Les deux CSSS de la région du Saguenay – Lac-Saint-Jean sont situés dans la sous-région du Saguenay, ce qui explique que le rapport y réfère comme CSSS du Saguenay.

touchant autant les services des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d'hébergement que des hôpitaux et de nombreux organismes communautaires.

Les quatre CSSS étudiés présentent des différences significatives. Dans la région de Montréal, le CSSS-1 regroupe trois CLSC et cinq centres d'hébergement mais pas d'hôpital. Il emploie plus de 3 000 personnes et ses services aux personnes en PALV relèvent de deux directions selon qu'ils sont dispensés dans le milieu de vie naturel ou en hébergement. Le CSSS-2 regroupe un hôpital de plus de 200 lits, trois CLSC et sept centres d'hébergement. Il emploie 3 800 personnes et la gestion des services d'hébergement est distincte des services dans la communauté. Au Saguenay, le CSSS-3 est un établissement créé sur la base d'un regroupement volontaire près de dix ans avant le moment où nous avons réalisé nos entrevues. Constitué de la fusion d'un petit hôpital de moins de cinquante lits, d'un CLSC et de deux centres d'hébergement, il compte environ 500 employés. Le CSSS-4 emploie 3 500 personnes. Il a été créé en 2004 par le regroupement d'un hôpital de plus de 400 lits, d'un CLSC et d'un centre d'hébergement. Les services aux personnes en PALV y relevaient de trois directions différentes jusqu'à la mise en place du nouvel organigramme en 2008. Une première différence importante touchant les territoires découle de ces profils : c'est seulement dans la région de Montréal que les CSSS regroupent plus d'un CLSC.

Les rapports de partenariat

Le partenariat est une relation d'échange structurée entre, d'une part, un ou des organismes communautaires et, d'autre part, une ou des composantes du réseau public (agence régionale, établissement) engagés dans une démarche convenue entre eux et visant la planification, la réalisation ou l'évaluation d'activités ou de services (Bourque, 2007 : 298). Avant la création des CSSS, les CLSC avaient une culture favorisant des rapports qui, tout en pouvant être conflictuels, s'inscrivaient généralement dans le paradigme de la collaboration et de la concertation volontaire. La réforme introduit une redéfinition des rôles de chacun autour de deux types de relations entre les partenaires : des rapports de type contractuel par le biais d'ententes de services et des rapports de collaboration qui n'ont pas de caractère contractuel. Les dispositions légales à la base des RLS installent une nouvelle donne : les CSSS héritent d'un rôle de coordination des ressources communautaires du secteur de la santé et des services sociaux en plus des mandats de les soutenir et de se concerter avec elles.

Ce nouveau rôle et les ententes de services qui en découlent comportent des enjeux pour les acteurs concernés. Pour les organismes communautaires, leur statut d'acteur essentiel « à l'exercice de la citoyenneté et au développement social » pourrait être mis en péril au profit d'un rôle de fournisseur de services sous contrat avec les CSSS. Pour les CSSS, il est important de mettre en place des interfaces qui préservent et favorisent cette originalité et cet apport spécifique du communautaire. Pour les organisateurs communautaires de CSSS

(OC), les intérêts organisationnels des établissements et ceux des organismes communautaires ne sont pas toujours convergents et les organisateurs communautaires risquent d'être coincés entre les deux. Les établissements qui seraient tentés d'utiliser les organisateurs communautaires pour négocier les ententes avec les organismes communautaires risquent de détériorer les rapports de confiance qui rendent possible non seulement le soutien de l'organisation communautaire aux groupes du milieu, mais aussi les partenariats avec ces groupes et plus largement le développement des communautés.

Les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

La politique de soutien à domicile développée avant la mise en place des CSSS prend acte de la volonté exprimée sous différents vocables du « passage graduel du mode de prise en charge traditionnel, en établissement, au soutien dans le milieu de vie » (MSSS, 2003 : 1). Elle est fondée sur la reconnaissance des proches aidants et de la famille proche et s'articule autour de trois orientations : personnaliser les services, établir un partage clair des responsabilités et rallier les acteurs à la stratégie nationale de soutien à domicile. C'est sur cette base que fut défini le *Plan d'action 2005-2010* (MSSS, 2005b). L'administration et la mise en place de l'architecture des services pour la PALV sont laissés à la discrétion des agences de chacune des régions du Québec qui, à leur tour, délèguent la mise sur pied et le fonctionnement aux différents CSSS du territoire.

L'Agence régionale de Montréal a soutenu et animé la démarche de réalisation des projets cliniques des CSSS montréalais et en a assuré la coordination avec les partenaires régionaux et suprarégionaux. L'Agence de Montréal pour la période 2005-2010 veut diminuer le taux d'hébergement et développer des ressources alternatives, consolider la gamme des services, les intégrer et rendre efficace le continuum. Au Saguenay – Lac-Saint-Jean, la population est en décroissance depuis plusieurs années et le taux de vieillesse est croissant. L'Agence de cette région a pris l'initiative de former un comité consultatif permettant de partager une vision commune et un langage uniforme qui soit le plus accessible possible.

Le survol des démarches de projet clinique pour le programme de PALV met en évidence les particularités de chacun des CSSS étudiés, mais aussi quelques points communs. Tous ont en effet inscrit leurs orientations dans les priorités identifiées dans les documents d'orientation du MSSS relativement au maintien en milieu naturel avec le soutien des proches aidants. Tous ont aussi mené leur démarche d'élaboration en utilisant les outils établis par leur agence de santé et de services sociaux. Les particularités des démarches se situent au niveau des mécanismes de participation. Dans le cadre de démarches amorcées en 2005, tous les CSSS ont tenu un événement public au cours de l'année 2006 et abouti à des plans d'action en 2007. Tous les CSSS ont aussi confié à des comités sectoriels le mandat d'établir les priorités de chacun des programmes, mais deux CSSS (1 et 3) ont opté

pour une approche plus participative et deux (2 et 4) ont donné la priorité au développement des contenus.

Les effets de la création des CSSS

Sur les rapports de partenariat

Les rapports de partenariat ont peu bougé en termes de services effectivement rendus aux personnes en PALV, mais nous avons partout entendu l'expression d'appréhensions soulevées par l'alourdissement des cadres administratifs et le choc de cultures entre le communautaire et l'hôpital dont le poids est déterminant dans les CSSS. L'arrivée de cadres issus d'une culture hospitalière, peu familiers avec le milieu communautaire, oblige les organismes à s'imposer pour se faire entendre. L'avènement de structures plus imposantes et la mobilité du personnel cadre ne favorisent pas des rapports aussi familiers que ceux qui existaient avec les CLSC, rapports que l'on retrouve encore sur le territoire du plus petit des CSSS étudiés (CSSS 3). Partout, il y a une volonté de préserver l'autonomie des partenaires communautaires, une autonomie reconnue nécessaire pour la pérennité de leur contribution spécifique.

Dans la région de Montréal, les réseaux locaux de services (RLS) étant encore à un stade embryonnaire au moment de notre cueillette de données, les situations de partenariat dans les services sont décrites comme une continuité de ce qui se faisait déjà. La continuité expérimentée au moment de notre enquête dans la majorité des situations repose moins sur les structures que sur les rapports directs entre les intervenants et les gestionnaires. Actuellement les ententes de services rendant les organismes communautaires redevables et les soumettant à une reddition de comptes de même nature que celle qui lie les CSSS aux agences et au ministère ne semblent pas être une pratique courante. À Montréal, les partenaires communautaires sont en alerte et se refusent à des rapports où ils exécuteraient les commandes d'un réseau public débordé.

Au Saguenay, on considère que les organismes communautaires deviennent des incontournables, comme le montre bien le fait qu'on les ait invités aux démarches d'élaboration des projets cliniques. De se retrouver autour de la table des RLS avec un statut de producteurs de services est considéré positivement par les représentants d'organismes communautaires intervenant avec les personnes en PALV.

À Montréal, la mise en place d'un réseau local de services en santé publique ou l'inscription du CSSS dans les tables de quartier sont des occasions pour les directions de CSSS de se définir comme des partenaires ouverts au pluralisme institutionnel et favorables à des rapports de pouvoir plutôt symétriques en regard d'enjeux qui débordent la capacité de chaque acteur ou de chaque institution sectorielle. Alors que le leadership des OC en développement des communautés et sur les enjeux transversaux reliés aux déterminants sociaux de la santé s'inscrivait souvent dans des rapports de proximité avec les organismes

communautaires, l'arrivée des gestionnaires de CSSS dans les instances de concertation modifie leurs modalités d'alliance avec les grands acteurs institutionnels. Les CSSS et les organismes communautaires disent y trouver leur compte, mais les OC vivent ces nouveaux rapports comme une marginalisation de leur expertise professionnelle.

Sur les pratiques psychosociales

La création des CSSS a entraîné des changements d'abord dans les structures et les tâches d'encadrement, ce qui, au moment des entrevues, n'avait pas nécessairement amené des changements dans les pratiques de terrain. Les cadres et les gestionnaires se sont davantage que les intervenants approprié les orientations de changement et ils en perçoivent davantage les avancées. Les changements observés dans les pratiques psychosociales ne sont pas nécessairement liés à la création des CSSS, mais ils font néanmoins partie de l'expérience vécue par les intervenants sociaux dans le cadre de la mise en place des établissements regroupés : le recours à l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC), au système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF) et la gestion de cas faisaient déjà partie des orientations ministérielles avant 2004, tout comme la volonté de privatiser l'hébergement en créant des ressources intermédiaires pour alléger les charges du réseau public. Il y a unanimité pour parler d'un alourdissement administratif par rapport à la situation qui prévalait dans les services aux personnes âgées dans les CLSC.

Le contexte d'intervention s'est transformé : au Saguenay, une « garde sociale » échoit aux intervenantes sociales (IS) ; à Montréal, la création de ressources intermédiaires soulève des questions de qualité des services. Il y a aussi une transformation de la tâche en travail social et, dans la région montréalaise où il y a eu regroupement de plusieurs territoires de CLSC, une volonté d'harmonisation territoriale de l'offre de services. Cette situation ne se vérifie pas au Saguenay où il n'y a pas eu de modification du territoire desservi.

Plus important, le passage d'équipes disciplinaires à des équipes interdisciplinaires touche directement l'action professionnelle et fait en sorte que les IS qui constituent le groupe professionnel le plus important en nombre, assument la part la plus significative du passage à la gestion de cas. À Montréal, l'avènement de la gestion de cas, avec ce que cela implique en termes de bureaucratie, est un progrès du point de vue des gestionnaires, mais inquiète les IS qui ont le sentiment de perdre en proximité ce qu'ils doivent investir en « paperasseries ». Cela fait passer au second rang l'intervention psychosociale que plusieurs IS estiment être le trait distinctif de leur pratique professionnelle. Le recours aux outils de gestion de cas et une reddition de comptes nettement plus serrée entraînent un sentiment de perte de contrôle de l'organisation de leur travail.

Les IS du Saguenay soulignent le déplacement des décisions vers l'hôpital et le passage de services destinés à une population âgée sur un territoire de CLSC à un programme pour la clientèle en PALV du CSSS. Cette transformation s'est amorcée avant la création des CSSS

dont la mise en place, selon certains, se trouvait de ce fait justifiée. La gestion de cas, au-delà de son caractère gestionnaire, est considérée par certains IS comme une marque de confiance dans la mesure où elle les associe à la définition de la réponse aux besoins des personnes dont elles ont la charge.

Dans les deux régions, les IS déplorent la mobilité des cadres d'un poste à l'autre dans le CSSS, mais aussi entre les sites de services, ce qui entraîne un affaiblissement du soutien professionnel.

Sur les pratiques d'organisation communautaire

Au moment de nos entrevues, les OC étaient depuis peu regroupés en équipe d'organisation communautaire rattachée aux directions locales de santé publique, mais l'encadrement avait encore peu bougé. Il y a un sentiment de période de flottement, de transition quant aux effets des changements administratifs. Les cadres de CSSS considèrent les OC comme des professionnels qui maîtrisent les diverses cultures organisationnelles et qui sont, de ce fait, bien placés pour favoriser les partenariats.

À Montréal, les OC et une partie des intervenants des organismes communautaires et autres organisations de la société civile ont affirmé une perte au niveau des rapports CSSS - milieu en comparaison de ce qui existait dans les CLSC. Il ne semble pas actuellement que le lien soit perdu, mais du côté des cadres on reconnaît qu'il y a d'autres priorités reliées aux projets cliniques et aux ententes de gestion qui lient les CSSS aux agences, ce qui n'est pas sans créer une pression pour des investissements plus importants à l'interne. Une moins grande disponibilité des OC est perçue ou appréhendée par les groupes qui sont aussi inquiets de la possibilité que les ententes de services et la mise en œuvre de programmes du réseau public n'entraînent les OC dans des responsabilités de gestion en contradiction avec leur rôle auprès des organismes du milieu. Les OC souhaitent des mécanismes permettant d'éviter des relations conflictuelles ou perçues comme telles entre direction générale et eux, notamment sur le terrain complexe des concertations qu'elles soient sectorielles ou en développement social et développement des communautés.

Sur les projets cliniques en PALV

Les projets cliniques sont portés par les directions, autant au niveau du processus d'élaboration que de la mise en œuvre. Les cadres gèrent des processus complexes de changement pour installer l'interdisciplinarité et la gestion de cas, conscients que ces choix favorisant la continuité des services entraînent une perte de proximité avec les personnes âgées. La volonté ou non d'en faire un outil de mobilisation des partenaires et du personnel est un facteur déterminant dans le choix des formules adoptées. À l'interne, à tout le moins au moment de notre enquête, le projet clinique semble connaître le sort de bon nombre de démarches de planification qui demeurent l'affaire des gestionnaires tandis que, dans l'action au quotidien, les intervenantes et intervenants s'en approprient relativement peu les

résultats. Les gestionnaires que nous avons rencontrés sont effectivement porteurs des changements amorcés ou souhaités alors que les intervenants qui n'ont pas participé aux choix stratégiques les vivent comme un changement sans lien avec les exigences de leur pratique.

Malgré que la mise en place des réseaux locaux de services (RLS) ait été peu avancée au moment de notre collecte de données, on souligne dans tous les CSSS des gains de continuité, notamment entre les établissements regroupés. L'harmonisation des services sur les territoires regroupés est de nature à favoriser l'accessibilité et à améliorer l'équité. En revanche, les CSSS et les réseaux locaux n'ont pas atteint le stade de la fluidité recherchée, d'une part parce qu'il y a un alourdissement de la gestion, notamment du fait de la grande centralisation et des contrôles qui en découlent, mais aussi, d'autre part, parce que les ressources ne sont pas au rendez-vous. Quant à la privatisation, l'on considère qu'elle entraîne une réduction de la qualité des services. On s'explique mal comment des entrepreneurs privés, soumis aux mêmes normes, peuvent se tirer d'affaire à des coûts moindres que les établissements publics tout en maintenant la qualité des services.

Des contraintes à la mobilisation

Au terme de la recherche nous soulevons des questions quant aux contraintes à la mobilisation que nous avons identifiées. L'atteinte des objectifs de la réforme risque de souffrir selon nous du poids de la nouvelle gestion publique et de manques importants dans la gestion du changement.

La Nouvelle gestion publique (NGP)

La nouvelle gestion publique (NGP) désigne une approche inspirée des contraintes budgétaires de l'État et dont l'effet est de ne plus considérer les services de santé et les services sociaux comme un choix social, mais comme une dépense. Les citoyens ne sont plus des bénéficiaires de systèmes publics de solidarité sociale, mais on les assimile à des consommateurs à satisfaire, à des clients dont les besoins sont de plus en plus définis par les producteurs privés de services de santé et de technologies médicales. La création des CSSS sur des territoires regroupant plus d'un territoire de CLSC, le rythme des changements, les mouvements de personnel au niveau de l'encadrement et la mise en place de double processus de contrôle aux paliers régional et national ont souvent été identifiés comme des facteurs dont le caractère gestionnaire l'emporte sur le discours de responsabilité populationnelle et la dévolution de responsabilités à l'échelon local. La volonté d'ajustement des services aux réalités locales dans la mission confiée aux CSSS est saluée, mais on déplore l'alourdissement bureaucratique imposé par les nouvelles structures. Du point de vue des partenaires communautaires, ces visées gestionnaires donnent une image autoritaire et menaçante de la réforme.

Gestion du changement et déficit de ressources

La question de la gestion du changement s'est imposée d'elle-même à partir du constat que plusieurs intervenants ne se sentent engagés ni dans la création des CSSS et ni dans l'élaboration des projets cliniques. La fusion d'organisations qui avaient des missions très différentes et fonctionnaient selon une culture organisationnelle qui leur était unique a manifestement été sous estimée dans les facteurs de freinage.

Pour la création des CSSS, le gouvernement a privilégié la rapidité. Un seul des quatre CSSS étudiés a été fusionné suite à un choix réfléchi et partagé des établissements concernés. Dans les trois autres, au moment de notre recherche, les acteurs du RLS n'avaient pas eu le temps de travailler ensemble assez longtemps pour que s'installe un sentiment d'appartenance. Les acteurs concernés n'ont pas eu l'occasion de s'approprier la logique de ce changement.

En termes de leadership de changement, il est profitable de confier l'autorité à une organisation centrale pour prendre les décisions et guider les différentes actions à entreprendre (Bazzoli, Dynan *et al.*, 2004 : 275). Il faut allier à une gestion efficace de bonnes communications pour que la définition du projet suscite l'adhésion des acteurs. Les agences de la santé et des services sociaux, conformément à leur mandat, ont agi avec autorité dans la définition des RLS et ont fourni informations et procédés pour la définition des projets cliniques. Les directions locales ont toutes établi une structure d'autorité (comité d'orientation) et de gouverne (comité de pilotage) pour l'élaboration du projet clinique. Cependant ni les agences, ni les directions ne semblent avoir rejoint, du moins dans le programme PALV, le personnel des CSSS dont l'engagement demeure faible d'après ce que nous avons appris en entrevue.

Du côté du leadership de l'État pour soutenir les directions dans leurs efforts de création de RLS, des lacunes majeures ont été constatées. Les CSSS ont eu l'obligation d'élaborer des projets cliniques sans argent neuf. Ce n'est certainement pas le meilleur incitatif pour que les partenaires se mobilisent autour de la réponse à apporter à des besoins collectivement ciblés. Les gestionnaires investissent prioritairement leurs ressources dans l'atteinte des cibles prévues dans les ententes de gestion, d'autant plus qu'elles sont passablement contraignantes. Les projets cliniques qui sont un élément central de la réforme pour cimenter le réseau local de services, se butent à l'absence de financement et au poids déterminant des ententes de gestion dans leur mise en œuvre. Ces facteurs nous semblent donc en grande partie à la source de l'absence d'effets tangibles de la création des CSSS sur les liens avec les partenaires du milieu, particulièrement les organismes communautaires.

Ces constats trouvent écho dans l'évaluation réalisée par le MSSS (2010). Ils appellent aussi des recherches ultérieures afin de documenter ce que les CSSS seront devenus dans quelques années.

INTRODUCTION

La recherche à l'origine de ce rapport vise à répondre à deux grandes questions :

- 1) Quels sont les changements générés par la reconfiguration des établissements de santé et de services sociaux sur les pratiques partenariales entre le réseau public, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) ?
- 2) Quels sont les changements attribuables à la création des CSSS dans les rôles et fonctions des intervenants psychosociaux et des organisateurs communautaires œuvrant dans le programme PALV ?

Le projet intitulé *Les effets de la reconfiguration en santé et services sociaux sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires en CSSS* a été subventionné par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH, #410-2006-0859). La recherche a été menée par une équipe constituée de Denis Bourque (UQO), Sébastien Savard (Université d'Ottawa), Marielle Tremblay (UQAC) et Danielle Maltais (UQAC). L'équipe s'est associée René Lachapelle, professionnel de recherche à la CRCOC (UQO) et les professionnelles de recherche Marie-Josée Leclerc, Sophie Corneau, Francine Lemieux et Sabrina Tremblay (UQAC). Denis Saint-Amand de l'AQÉSSS, Sylvie Dubord du RQIIAC et Denis Bussières de l'ARUC- conomie sociale se sont également impliqués dans la recherche à titre de partenaires.

Le projet de recherche a débuté en 2006, durant les toutes premières années du regroupement des établissements dans les CSSS, de sorte que la collecte d'information nous a amenés à réviser le titre, prenant acte que, du point de vue de nos interlocuteurs, la reconfiguration était faite et qu'il convenait de parler plutôt de la création des CSSS alors en phase de développement. La recherche documentaire et les entrevues réalisées en 2008 offrent donc le portrait d'un processus en cours de réalisation et permettent d'appréhender comment cette création a été vécue par les intervenantes et intervenants – cadres, intervenants et intervenantes sociales et organisateurs communautaires – et par les partenaires du communautaire et de l'économie sociale. Conscients que depuis les

situations ont pu évoluer, nous estimons que le résultat présente un grand intérêt, aussi bien pour comprendre la dynamique de changement d'un réseau aussi important que celui de la santé et des services sociaux, que pour identifier les gains et les contraintes que la réforme peut apporter au moment où la démographie québécoise et la conjoncture globale du Québec imposent de nouveaux défis au système public.

Le projet de recherche s'est concentré sur les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) parce qu'il s'agit d'un programme majeur touchant autant les services des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d'hébergement que des hôpitaux et de nombreux organismes communautaires. Il nous a paru indiqué d'y chercher les premières indications de la direction que prennent les CSSS quant à leurs rapports de partenariat avec le milieu, aux pratiques de travail social et à l'organisation communautaire.

Le rapport comporte cinq chapitres. Le premier est consacré à la présentation de la problématique de la recherche et aux notes méthodologiques. L'objet de la recherche est précisé et une mise en contexte permet de camper sommairement la réforme de la santé et des services sociaux dans laquelle s'inscrit la création des CSSS, les rapports de partenariat entre l'État et les organismes communautaires et d'économie sociale de même que le programme de services aux personnes en PALV. Ce premier chapitre s'achève par la présentation des méthodes de recherche utilisées.

Le second chapitre reprend sommairement les résultats de la recherche documentaire qui ont déjà fait l'objet d'une publication en 2009 dans les cahiers de la CRCOC, du GRIR et du LAREPPS. Les contextes des deux régions retenues pour l'étude et un profil des quatre CSSS mis à contribution campent le terrain sur lequel a été réalisée la collecte des données.

Le chapitre trois présente les résultats des entrevues réalisées pour chacun des enjeux sur lesquels porte la recherche. On y trouve les points de vue des divers acteurs sur chacun des aspects : partenariat avec les organismes communautaires et d'économie sociale, pratiques psychosociales et d'organisation communautaire, de même que l'atteinte des grands objectifs de la réforme. Les résultats sont présentés pour chacune des régions et chacun des CSSS de façon à mettre en évidence les facteurs reliés à ces différences institutionnelles.

Les chapitres quatre et cinq sont consacrés à l'analyse des résultats. Le chapitre quatre traite des convergences identifiées entre tous les milieux quant aux enjeux étudiés et dégage donc les premières conclusions de la recherche. Le chapitre cinq pousse l'analyse un cran plus loin en explorant comment la grille d'évaluation des partenariats développée par Proulx, Bourque et Savard (2007), le concept de nouvelle gestion publique et les théories de gestion du changement ajoutent un éclairage et ouvrent de nouvelles perspectives de recherche.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE ET MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Ce premier chapitre est essentiellement consacré à la mise en contexte de la recherche à partir des documents publics disponibles. Le système de santé et de services sociaux a connu plusieurs réformes. Du nombre, les transformations découlant des Lois 25 (Québec, 2003) et 83 (Québec, 2005) ont modifié substantiellement le régime québécois de santé et de services sociaux mis en place dans la foulée du Rapport Rochon (1988) lors de ce qu'il est convenu d'appeler la réforme Côté (1992). Quatre-vingt-quinze (95) centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont issus pour la plupart de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'au moins un centre hospitalier (CH). Les CSSS doivent développer des réseaux locaux de services (RLS) intégrant ressources publiques, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale et ressources privées, y inscrire leurs services et en assurer la coordination. Ce vaste réaménagement des structures vise plusieurs objectifs : améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services notamment par la hiérarchisation de ceux-ci ; consolider les partenariats ; assumer une responsabilité populationnelle partagée entre les acteurs locaux ; élaborer de façon concertée des projets cliniques ; etc. La première section du chapitre s'attache à une présentation des grandes lignes de la réforme

Depuis les années 1990, les rapports entre le réseau public et les organismes communautaires sont considérés comme essentiels. Les RLS sont essentiellement des cadres de partenariat entre acteurs institutionnels et communautaires. Le partenariat c'est une relation d'échange structurée entre, d'une part, un ou des organismes communautaires et, d'autre part, une ou des composantes du réseau public (agence régionale, établissement) engagés dans une démarche convenue entre eux et visant la planification, la réalisation ou l'évaluation d'activités ou de services (Bourque, 2007 : 298). La réforme introduit une redéfinition des rôles de chacun autour de deux types de relations entre les partenaires : des rapports de type contractuel par le biais d'ententes de services et des rapports de

collaboration qui n'ont pas de caractère contractuel. Nous en traiterons dans la seconde partie de ce chapitre.

Des transformations aussi importantes du réseau entraînent des changements dans les rôles et fonctions attribués aux différents groupes professionnels œuvrant dans les nouveaux CSSS, les intervenantes sociales et les organisateurs communautaires (OC). Pour mettre ces changements en contexte, la troisième partie du chapitre sera consacrée à une présentation des orientations ministérielles quant aux services aux personnes en PALV.

1.1 La réforme de la santé et des services sociaux

Mis en place à la fin des années 1960 et complété au début des années 1970 dans la foulée de la Commission Castonguay-Nepveu, le régime public de santé et de services sociaux québécois a subi depuis moult transformations et restructurations. Sans reprendre ici toute cette histoire, il importe de rappeler la période qui a suivi le dépôt en 1988 du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, mieux connue du nom de son président le Dr Jean Rochon. La mise en œuvre de ses conclusions a amené, non sans résistances, la loi de 1992 redéfinissant le régime québécois en fonction de la réponse aux déterminants de la santé et installé du même souffle une politique nationale de santé et de bien-être et des conseils d'administration contrôlés par les citoyens dans tous les établissements désormais chapeautés sur la base des régions administratives par des régies régionales elles aussi dotées d'un conseil élu. Rapidement cependant cette réaffirmation des principes de santé globale et de démocratisation allait être confrontée aux impératifs budgétaires avec lesquels les États sont aux prises depuis les années 1980. La Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux présidée par Michel Clair questionne la dispersion des services dans divers établissements et propose l'établissement de réseaux intégrés et la hiérarchisation des services (CESSSS, 2000 : 69.79).

Les élections du printemps 2003 portent au pouvoir un nouveau gouvernement dont le programme comporte la promesse de rendre le système de santé et de services sociaux plus performant. Poussant à bout la logique de la commission Clair, la Loi 25, confirmée plus tard par la Loi 83, change effectivement la donne dans le milieu socio sanitaire québécois.

Depuis les années 1970 qui ont marqué la fin de la période de prospérité économique de l'après-guerre, le discours économiste questionne les dispositifs publics mis en place pour assurer un certain partage social des bénéfices de la croissance. Les gouvernements vigoureusement promoteurs de ces perspectives néolibérales élus au Royaume-Uni (Thatcher, 1979), aux USA (Reagan, 1981) et au Canada (Mulroney, 1984) donnent le ton à des changements fondamentaux dans la conception, la gouvernance et la prestation des soins de santé et services sociaux. La nouvelle gestion publique (Merrien, 1999) marque profondément les choix politiques.

Plusieurs gouvernements et administrations publiques tentent d'apporter des changements majeurs à la gouvernance, à l'organisation et à la dispensation des services publics. Par exemple, les services publics des USA sont passés par des opérations de renouvellement et de réingénierie ; en France et au Canada, on tend à la décentralisation et la régionalisation. Dans le secteur public au Royaume-Uni il y a eu aussi depuis vingt ans une restructuration continue, initialement pour obtenir une meilleure productivité et un meilleur retour sur l'investissement, mais plus récemment (quoique qu'avec une certaine ambiguïté) avec une emphase nouvelle sur les partenariats et les réseaux. (Ferlie, Hartley, & Martin, 2003 : S1).²

Pour répondre aux impératifs technologiques et pharmacologiques de la médecine, la fusion des établissements apparaît comme une façon d'établir une base démographique suffisante pour rentabiliser les hôpitaux et leurs lourds équipements. Nouvelles technologies, progrès pharmaceutiques et rationalisation budgétaire du système public seraient, croyait-on, plus faciles à gérer en fusionnant les établissements entre eux (Richard *et al.*, 2005). C'est dans ce cadre de pensée que dès le milieu des années 1990 au Québec, certains CLSC et CHSLD – et même dans certains cas de petits hôpitaux – ont choisi ou ont été incités à se fusionner.

Au début des années 1990, les plans régionaux d'organisation de services (PROS), pilotés par les Régies régionales dans la foulée de la reconnaissance des organismes communautaires par la Loi 120, avaient eu des effets mineurs sur la réorganisation des services dans les établissements, mais avaient implanté une culture de concertation entre les services publics et les organisations communautaires œuvrant dans des secteurs connexes (Gaumer & Fleury, 2007). Au tournant des années 2000, le diagnostic de la Commission d'étude présidée par Michel Clair pointe la continuité des services et le préjudice qu'entraîne l'absence de communication entre les professionnels et entre les établissements. Ce rapport ouvre la porte à une nouvelle réforme : l'heure des fusions a sonné (Gaumer & Fleury, 2007).

² Traduction libre de : "Many governments and public service organizations are trying to secure fundamental changes in the governance, design and delivery of public services. For example, the USA public services have undergone initiatives based on reinvention and reengineering; in France and Canada, there are movements towards decentralization and regionalization. There has also been continual restructuring in the UK public sector for over twenty years, initially based on securing greater productivity and value for money but more recently (though somewhat ambiguously) with a new emphasis on partnership and networks."

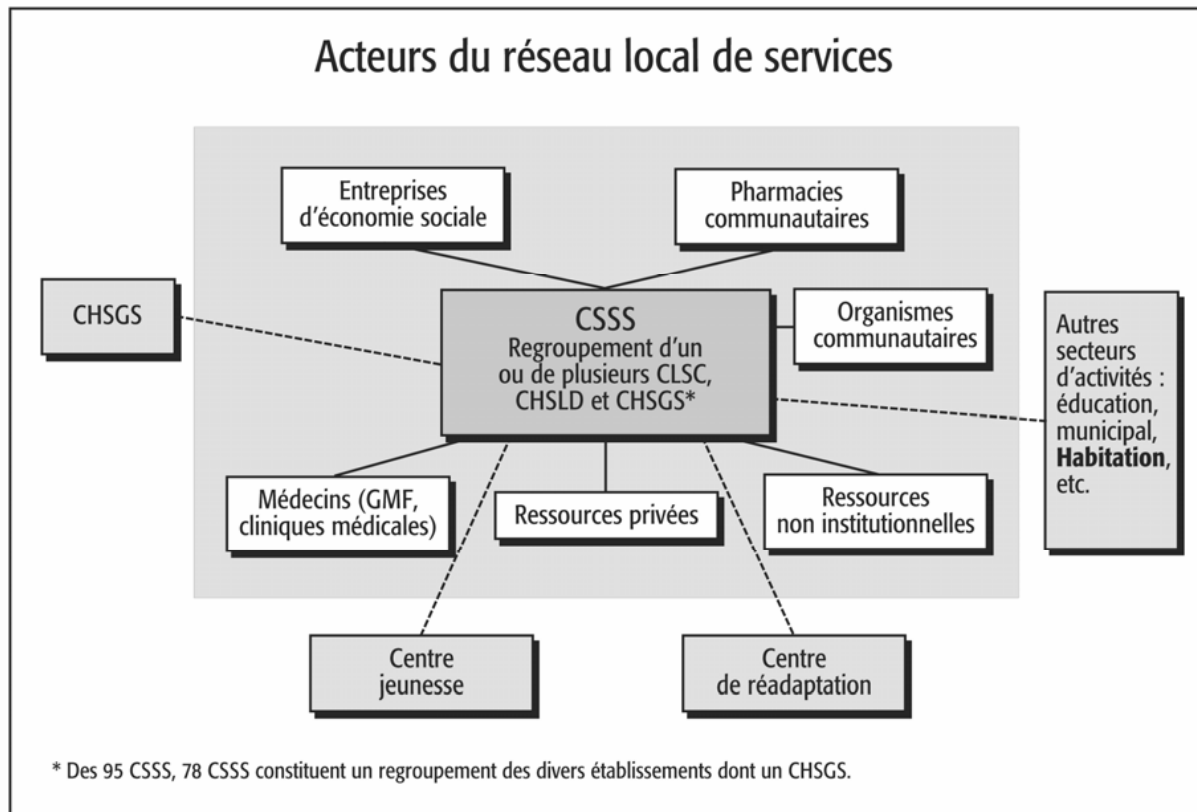
La Loi 25

La « Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux » (Loi 25) a été présentée à l'Assemblée nationale du Québec le 11 novembre 2003 et sanctionnée la même année, le 18 décembre. Le préambule précise que cette Loi « vise, par la mise en place d'une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau de services de santé et de services sociaux » (Québec, 2003).

La loi remplace les régies régionales par des agences ayant la mission de développer des réseaux locaux de services (RLS) tels que les illustre la figure 1, comportant, sur chaque territoire, une organisation des services de santé et des services sociaux qui regroupe au moins un CLSC, un CHSLD et si possible un CH. Le mode d'organisation privilégié pour intégrer les services c'est la fusion des établissements publics (CLSC, CHSLD et CH). En plus d'une offre de services continus et accessibles, la Loi 25 établit aussi les principes de la responsabilité populationnelle des établissements chargés de coordonner ces RLS et de la hiérarchisation des services (MSSS, 2004c). Le centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui en résulte, est responsable de l'organisation, de la coordination et de la prestation de services sur son territoire et doit, en conséquence, créer le RLS et voir à la mise en œuvre du concept de responsabilité populationnelle défini dans la Loi. Cela signifie que

les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité à son endroit en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population. (MSSS, 2004e : 5)

Figure 1 – Le réseau local de services (RLS)



Source : MSSS

Le CSSS « assume le leadership dans le réseau local » (Idem : 4), il est donc imputable de la santé de la population de son territoire. Les acteurs du RLS sont incités à agir de façon concertée pour déterminer les services dont la population a besoin et veiller au maintien ou à l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population. La hiérarchisation est une façon de favoriser les mécanismes de références entre les différents dispensateurs de services.

Le CSSS est responsable de fournir les services de la mission CLSC, l'hébergement de longue durée et les services hospitaliers courants. Il a aussi la responsabilité de la coordination des divers acteurs (ex. : cliniques médicales) et de la mise en place d'ententes de services avec les établissements spécialisés (ex. : Centre jeunesse) et les organismes communautaires.

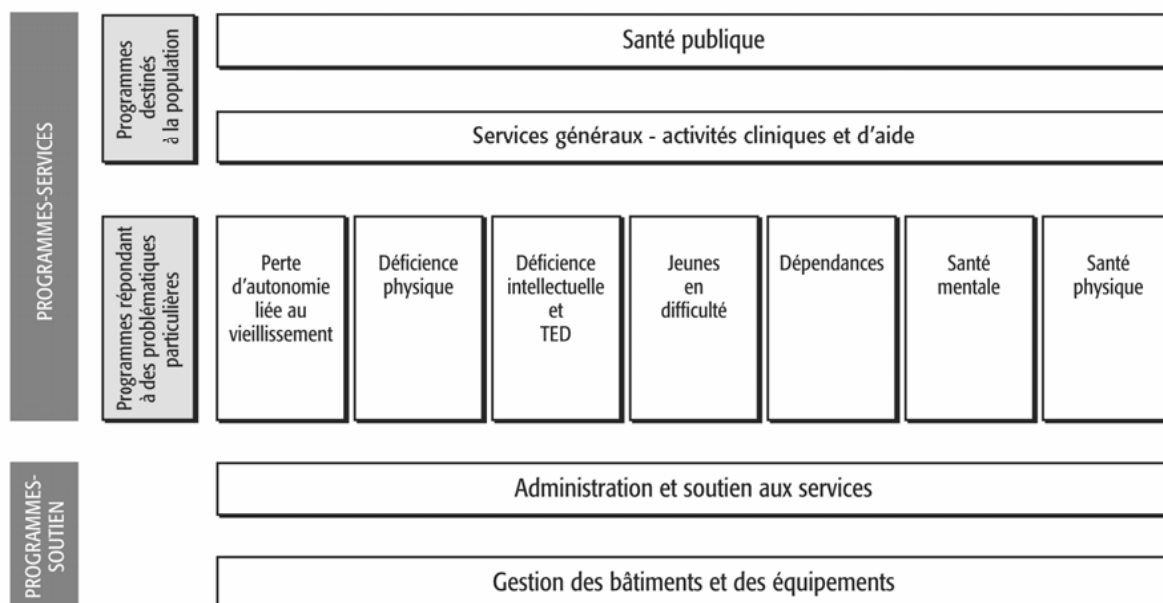
La Loi 83

Le projet de loi 83, présenté par le ministre Couillard à la fin de 2004, modifie la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) et « prévoit l'ajustement des responsabilités entre les instances locales, les autres établissements, les agences de la santé et des services sociaux et le ministre de la Santé et des Services sociaux » (Québec, 2005 :

2). Il précise que les instances locales, les CSSS, devront définir un projet clinique et organisationnel pour le territoire qu'elles desservent, tandis que les agences assument la coordination du financement, de l'allocation des ressources humaines et des services spécialisés. Le projet clinique d'un CSSS doit se déployer selon neuf programmes-clientèles définis par les MSSS comme le présente la figure 2.

Le regroupement des établissements devait permettre au Ministère d'avoir une prise directe sur un nombre restreint de CSSS, mais les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (ADRLSSSS) sont devenues des agences de santé et de services sociaux (ASSS), constituent dans les faits des instances ministérielles déconcentrées en région. Il revient aux ASSS de soutenir le développement et le fonctionnement des réseaux locaux de services, d'assurer les arbitrages, de procéder à des ressources financières et à l'administration de certaines fonctions de santé publique et de services pré-hospitaliers d'urgence. Le MSSS est pour sa part responsable des actions à caractère national, telles la planification, le financement, l'allocation des ressources financières, le suivi et l'évaluation des résultats de ces interventions.

Figure 2 - Configuration des programmes



Source : MSSS

La section 530 de l'article 174 prévoit que lorsqu'un seul réseau local de services de santé et de services sociaux couvre la totalité d'un territoire d'une agence, les responsabilités que la loi confie à cette dernière peuvent être exercées par l'instance locale du réseau. Une

autorisation du ministre, après consultation des divers acteurs du territoire, est cependant nécessaire avant ce transfert de responsabilité.

Pour le ministre Couillard, la loi 83 constitue une mise à jour du cadre législatif en santé et services sociaux. On y clarifie les responsabilités des établissements, des agences et du ministre afin de mieux garantir la qualité des services et de favoriser une meilleure circulation de l'information nécessaire à la prestation des soins et des services. La Loi 25 avait un caractère transitoire tandis que le projet de loi 83 modifie la LSSS en fonction de la logique des fusions et de la centralisation du réseau public. Ce sont les effets de cette orientation sur les partenariats et les services aux personnes en PALV que la recherche explore.

1.2 Les rapports entre l'État et les organismes communautaires

Le secteur de la santé et des services sociaux est celui qui occupe une place prépondérante dans les rapports entre l'État et les organismes communautaires. D'une part parce que le modèle de relations confirmé dans la politique de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire (PRSAC) (Québec, 2001) a été établi lors des négociations qui ont suivi l'adoption de la Loi 120 en 1992 (Comité ministériel sur l'évaluation, 1997). Mais aussi parce que le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) représente 56 % du soutien public québécois à l'action communautaire et touche 64 % des organismes communautaires soutenus par l'État selon les données de 2006-2007. Ce soutien financier est à la fois une condition d'existence pour bon nombre d'organismes communautaires et une source de préoccupations quant à leur autonomie, voire leur identité. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les ADRLSSSS reconnaissent l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Le gouvernement a confirmé en 2004 la PRSAC en adoptant le « Cadre de référence en matière d'action communautaire » (Québec, 2004) et le MSSS a actualisé en 2008 les orientations du PSOC (MSSS, 2008). Les agences ont pour leur part adopté des cadres de référence ou de coopération qui reprennent les dispositions législatives et réglementaires relatives aux relations avec les organismes communautaires (ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2008 ; ASSS de Montréal, 2006). Tous ces documents affirment une volonté de respecter l'autonomie et l'engagement volontaire des organismes communautaires et une priorité au financement à la mission de base tout en ouvrant des perspectives de financement par ententes de services et par projets. Cette ouverture à des relations de type contractuel est la pierre de touche des questionnements sur les rapports partenariaux des CSSS avec les organismes communautaires.

Avant la création des CSSS, les rapports entre les établissements publics et les groupes s'établissaient en première ligne : les CLSC, dorénavant intégrés aux CSSS, avaient une culture favorisant des rapports qui, tout en pouvant être conflictuels, s'inscrivaient généralement dans le paradigme de la collaboration et de la concertation volontaire. Les

dispositions à la base des RLS installent une nouvelle donne qui se dessine depuis le tournant des années 2000 et qui s'inspire des règles de la Nouvelle gestion publique (Larivière, 2005). La responsabilité populationnelle et la mission de coordonner localement les services risquent de transformer la nature des rapports des CSSS avec les organismes communautaires. La Loi 25, aux articles 27 et 28, précise en effet comme suit le mandat des 95 CSSS de mettre en place des RLS sur leur territoire :

On doit retrouver dans chacun de ces réseaux les activités et les services d'organismes communautaires, d'entreprises d'économie sociale et de ressources privées du territoire. La coordination des activités et des services qui se retrouvent dans chacun des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux est assurée par l'instance locale par le biais d'ententes ou d'autres modalités.

Les CSSS héritent d'un rôle de coordination des ressources communautaires du secteur de la santé et des services sociaux en plus des mandats de les soutenir et de se concerter avec elles. Ce rôle de coordination s'accompagne d'une imputabilité nouvelle pour les établissements publics quant à l'intégration des services, quant à leur efficacité et à leur qualité, que ces services proviennent des établissements publics ou des autres partenaires producteurs de services. Pour ce faire, les CSSS doivent convenir d'ententes de services avec les organismes communautaires dans l'ensemble des programmes-clientèles. Ces ententes de services peuvent impliquer le versement de subventions et une reddition de comptes pour une prestation de services prédéfinis dans le cadre des réseaux intégrés ou continus de services. Ce type de rapports contractuels n'existait pas dans les CLSC, sauf exception, et le rôle de bailleur de fonds pour les organismes communautaires se limitait aux programmes de santé publique dont le nombre a commencé à croître au cours des années 1990. Ces nouveaux rapports s'inscrivent dans une hiérarchisation des services et entraînent des rapports plus inégaux que ceux qui, jusque là, avaient généralement cours entre les établissements publics de première ligne et les organismes communautaires.

À la suite de l'adoption en novembre 2005 de la loi 83, chacun des CSSS doit produire un projet clinique (MSSS, 2004c; Québec, 2005) répondant aux besoins de santé et de bien-être de la population de son territoire :

Le projet clinique est une démarche englobante qui permet la rencontre des volets cliniques et organisationnels. (MSSS, 2004d : 13)

[...]

Le projet clinique du réseau local renvoie à une **démarche** visant à répondre aux besoins de santé et de bien-être de la **population** du territoire par divers **modes de prestation** de services **adaptés** aux réalités locales, **articulés** entre eux et qui **englobent** l'ensemble des interventions relatives à la promotion, à la prévention, au traitement, au suivi, à la réadaptation, à l'adaptation et à la réinsertion sociale, et au soutien en fin de vie. Il tient compte du rôle et des responsabilités des acteurs sectoriels et intersectoriels, et du potentiel de **contribution** des divers

acteurs. Il suppose que les divers interlocuteurs se rendent **imputables** des services qu'ils offrent aux individus et à la population et des ressources mises à leur disposition. (Idem : 12)

Cette approche populationnelle exige d'adapter les services aux réalités locales et les rapports entre les producteurs de services, établissements publics et autres acteurs concernés, doivent leur permettre d'assumer la responsabilité populationnelle de leur territoire. Le MSSS souhaite que les usagers et la population participent à la prise de décision en matière d'organisation des services sociaux et de santé. L'article 99.5 de la « Loi sur les services de santé et les services sociaux » (LRQ, chapitre S-4.2) stipule que les CSSS doivent mobiliser et assurer la participation de tous les partenaires de leur territoire à la définition du projet clinique. Ce faisant ils créent une ouverture et donnent aux organismes communautaires et à la population une prise sur l'organisation des services locaux. Le projet clinique doit par ailleurs comprendre les modalités de collaboration entre le réseau public et le milieu communautaire, modalités qui passent, entre autres, par les ententes de services. À ce chapitre, le MSSS stipule que les organismes communautaires ont, sur une base libre et volontaire, à définir avec leur CSSS les modalités de leur collaboration pour assurer une offre de services intégrés à la population de leur territoire dans le respect de leur autonomie (MSSS, 2004c : 56).

Le nouveau rôle de coordination des CSSS et les ententes de services, même dans la mesure où elles se concluent de gré à gré entre les parties en respectant l'autonomie des organismes communautaires, comportent des enjeux pour les acteurs concernés :

- Pour les organismes communautaires, les ententes de services et la transformation de leurs rapports avec les établissements publics touchent le maintien de leur identité et de leur autonomie. Leur statut d'acteur essentiel « à l'exercice de la citoyenneté et au développement social » pourrait être mis en péril au profit d'un rôle de fournisseur de services sous contrat avec les CSSS. Les organismes communautaires risquent aussi d'être placés en rapports de compétition entre eux et avec le CSSS puisque, lorsqu'il est question de financement, les ressources à partager sont toujours moindres que les besoins des acteurs concernés;
- Pour les CSSS cette nouvelle donne dans les rapports avec les organismes communautaires autour de la fourniture de services touche aussi la mobilisation des communautés, un facteur déterminant de l'amélioration de l'état de santé des populations (INSPQ, 2002). Les groupes communautaires tirent en effet leur caractère essentiel non pas d'abord des services qu'ils offrent, mais de leur fonction sociale de développement et d'innovation, de diversification des approches et de promotion de la citoyenneté. C'est leur capacité de répondre avec souplesse aux besoins des personnes et des collectivités qui leur donne un potentiel de mobilisation communautaire et citoyenne et qui fait l'originalité et la différence du communautaire par rapport aux services publics ou marchands. Il est donc important pour les CSSS de mettre en place

des interfaces qui préservent et favorisent cette originalité et cet apport spécifique du communautaire;

- Pour les organisateurs communautaires de CSSS (OC), ces nouveaux rapports entre CSSS et organismes communautaires modifient leur rôle de renforcement du pouvoir d'agir et de développement de l'autonomie des organismes communautaires, entre autres, dans leurs rapports avec les bailleurs de fonds (Lachapelle, 2003). Lorsque les fonctions de soutien et celle de bailleur de fonds ne sont pas clairement distinguées dans un CSSS, les OC risquent de se retrouver en conflit d'allégeance professionnelle entre l'établissement public qui les emploie et l'organisme communautaire qui négocie une entente de services (RQIIAC, 2010). Les intérêts organisationnels des établissements et ceux des organismes communautaires ne sont pas toujours convergents et les organisateurs communautaires peuvent d'être coincés entre les deux. Cette situation existait déjà dans les CLSC, mais elle risque d'être accentuée par les nouvelles dispositions régissant les CSSS (Savard, 2007). Les établissements qui seraient tentés d'utiliser les organisateurs communautaires pour négocier les ententes avec les organismes communautaires risquent de détériorer les rapports de confiance qui rendent possible non seulement le soutien de l'organisation communautaire aux groupes du milieu, mais aussi les partenariats avec ces groupes. En exigeant que l'organisateur communautaire (OC) prenne fait et cause pour l'établissement et aille jusqu'à le représenter ou à accompagner le personnel cadre dans les négociations avec les groupes, un CSSS compromet la fonction d'agent de liaison entre l'établissement et les organismes communautaires que les OC exercent dans une perspective de développement des communautés.

1.3 Le programme de services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)

Au Québec, en 2002, environ 260 000 personnes ont fait appel à des services de soutien à domicile (MSSS, 2004b). Au Canada, on chiffre ce nombre à 1,2 million de personnes (Statistique Canada, 2006), soit 5 % de la population âgée de 18 ans et plus. Bien que le soutien à domicile ne soit pas exclusif à une clientèle ou problématique particulière, il appert que certains groupes d'âge sont de plus grands utilisateurs que d'autres, notamment les personnes âgées de 65 ans et plus. Sachant que deux personnes âgées sur cinq vivant à domicile rencontrent des incapacités fonctionnelles et que ces dernières sont jugées les plus sévères parmi toutes celles rencontrées dans la population (Statistique Canada, 2001), on comprend mieux pourquoi les personnes âgées composent une partie importante des utilisateurs des services de soutien à domicile. Dans cette optique, le gouvernement Charest a piloté une réforme des services de soutien à domicile pour faire face à la demande grandissante pour ce type de services. Le plan d'action 2005-2010 (MSSS, 2005b) exprime la vision et l'orientation globale du ministère sur le sujet en abordant, entre autres, la révision des programmes-clients responsables des services aux personnes en PALV.

L'évolution du soutien à domicile, c'est un peu l'histoire de la vieillesse. En effet, les deux sont liés d'une manière très intime puisque la manière de vivre de l'une a orienté les politiques et services de l'autre. La période de 1900 jusqu'à 1940 qui a été marquée par la modernisation et l'industrialisation du Québec, en donne un bon exemple. Malgré l'émergence d'une économie nouvelle et trépidante qui traîne dans son sillage les multiples problèmes sociaux de cette époque, la société Québécoise reste majoritairement traditionnelle : les familles sont nombreuses, toujours enracinées dans les traditions du terroir et profondément catholiques (Conseil de la famille et de l'enfance, 2004). De ce fait, la prise en charge des personnes les plus vulnérables au nom de la charité chrétienne semble aller de soi. Les personnes âgées terminent donc, pour la plupart, leur existence au sein de leur famille, les hospices prenant en charge les cas plus complexes ou les personnes qui ont les moyens d'y payer des services particuliers.

La période de l'après-guerre jusqu'aux années 1980, est indirectement responsable du développement des services d'hébergement public et de soutien à domicile tels que nous les concevons aujourd'hui. En effet, des changements profonds dans la société québécoise (dénatalité, éclatement des familles, mobilité professionnelle, augmentation de l'espérance de vie) placent les personnes âgées vulnérables dans une situation de dépendance face à l'État, leur famille ne pouvant plus les prendre en charge comme auparavant (Deslauriers & Hurtubise, 2000). S'instaure alors l'ère des centres publics d'accueil et d'hébergement où dépersonnalisation et homogénéisation des usagers sont courantes (Charpentier, 2002). C'est précisément après quelques années de ce régime que le besoin de rationalisation des dépenses en santé amène l'État à encourager le maintien à domicile. Dès les années 1980, les CLSC y trouvent l'une de leurs principales responsabilités.

La fin des années 1990 et le début des années 2000 sont marqués par des compressions budgétaires qui incitent les gouvernements à poursuivre les efforts de maintien des personnes âgées en milieu naturel. Cependant, l'incapacité relative des diverses instances gouvernementales à fournir adéquatement les services requis pour le maintien à domicile des aînés justifie une refonte de ce secteur par la publication successive de divers documents ministériels. Entre autres, en février 2003, le MSSS rend publique sa « Politique de soutien à domicile » (MSSS, 2003).

Avec l'arrivée d'un nouveau gouvernement et suite à l'adoption de la Loi 25, le Ministère publie à l'été 2004 « Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile » (MSSS, 2004a), sensé faciliter la compréhension de la précédente politique. Enfin, suite aux travaux d'un groupe de travail à l'automne 2003 et de consultations réalisées auprès de divers groupes concernés par le vieillissement de la population au printemps suivant, le plan d'action 2005-2010 « Un défi de solidarité » constitue, une fois pour toutes, un virage vers la communauté et donc, un retour franc à la culture du maintien à domicile dans la société québécoise (MSSS, 2005b). Toutefois, et contrairement à ce qui

s'était fait auparavant (du moins avec une telle envergure) cette politique, que plusieurs jugent néolibérale, tend fortement vers une privatisation des services et un désengagement progressif de l'État (Conseil de la famille et de l'enfance, 2004). Les trois documents phares de la nouvelle politique de soutien à domicile, mentionnés précédemment méritent une analyse plus poussée.

« Politique de soutien à domicile » (MSSS, 2003)

Concrètement, la nouvelle politique de soutien à domicile prend acte de la volonté exprimée sous différents vocables du « passage graduel du mode de prise en charge traditionnel, en établissement, au soutien dans le milieu de vie » (MSSS, 2003 : 1). Elle ne constitue donc pas un nouveau champ de services, mais veut au contraire s'intégrer dans l'architecture des services existant déjà en santé et services sociaux. Les prétentions du Ministère sont cette fois d'ajouter aux services de soutien à domicile nouvellement pensés, les critères d'efficacité, d'adaptabilité et d'interdépendance (avec les autres programmes et instances). Autre élément important, la « Politique de soutien à domicile » est fondée sur la reconnaissance des proches aidants et de la famille proche. La vision du MSSS concernant la nouvelle politique de soutien à domicile recoupe plusieurs éléments. D'abord, selon les désirs des personnes concernées, le domicile devra toujours être le premier choix. Changement radical de mentalité puisque pendant de nombreuses années, les services de soutien à domicile ont longtemps été considérés comme une solution de rechange, un pis aller. Deuxième élément important, la priorité est mise sur le principe d'autodétermination des usagers dans les soins de santé à domicile et le respect de leur vie privée et de leurs valeurs. Également, et comme souligné précédemment, l'importance des proches aidants est reconnue et doit être appuyée par un changement de vision à leur égard. Notamment, les proches aidants sont tout à la fois des usagers de services, mais aussi des partenaires dans l'administration des soins de santé au parent malade ou vivant une incapacité. Le quatrième élément de la vision nouvelle du gouvernement pour le soutien à domicile a trait à la mise en place d'une nouvelle philosophie d'action qui concerne d'abord les services à domicile proprement dits, puis les services gravitant autour du domicile (ex : Centre de jour, hôpital de jour) et enfin, les services à caractère plus sociétal tels les transports adaptés. Finalement, dans la vision du MSSS, le domicile devient un endroit financièrement neutre où nul ne peut retirer d'avantages pécuniaires.

Plus spécifiquement, la nouvelle politique de maintien à domicile s'articule autour de trois orientations :

1. « Des services adaptés, un soutien personnalisé » : Il s'agit ici de simplifier, d'accélérer et de rendre plus équitable l'accès aux services de soutien à domicile, notamment par le biais des guichets d'accès, en mettant en place des critères d'admissibilité uniforme, de préciser la couverture publique et d'harmoniser les pratiques de tous les acteurs. Également, les différents services ou programmes mis en place devront suivre une logique de continuité et être bien coordonnés. À cette fin, la responsabilité clinique de

l'administration des services et les mécanismes de transitions sont assignés au CLSC (aujourd'hui CSSS). Évidemment, tout cela ne pourrait se faire sans des mécanismes de communication qui devront toutefois être réévalués et, au besoin, améliorés. Enfin, cette première orientation veut assurer des services de qualité, notamment par la formation du personnel, par la participation des usagers aux mécanismes décisionnels, par le recours à une assurance-qualité et par des stratégies de recours simplifiées.

2. « Gérer efficacement : un partage clair des responsabilités » : Considérant le fait que la nouvelle politique de soutien à domicile ne constitue pas un ajout de nouveaux services, mais plutôt une mise en réseau de ceux existant déjà, la responsabilité de la cohérence de ces services échoit aux agences de la santé et des services sociaux de chaque région. Le Ministère est certainement responsable de l'application régionale des orientations nationales et de l'administration des ressources, mais ce sont surtout les agences qui devront organiser et allouer les ressources disponibles. Les CSSS sont dès lors sous l'autorité des agences, mais responsables des programmes de soutien à domicile de leur territoire.
3. « Travailler ensemble collectivement : pour une stratégie nationale de soutien à domicile » : Dans l'optique de favoriser le maintien à domicile au Québec, diverses mesures ont été mises en place. Le soutien à la personne est d'abord assuré par la simplification des processus administratifs et ensuite, par la diversification des logements adaptés. Également, les proches aidants seront soutenus par diverses mesures concernant des domaines tout aussi divers que les congés sociaux, les prestations de l'État, les lois du travail, etc.

« Chez-soi : le premier choix – Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile » (MSSS, 2004a)

Cette publication qui fait suite au document de 2003, constitue un « élément de mise en œuvre annoncée dans la Politique de soutien à domicile » (MSSS, 2004a : 1) en apportant des précisions pour en faciliter l'implantation. En effet, plusieurs acteurs du réseau ayant soulevé certains problèmes liés à la mise sur pied des services de soutien à domicile tels que préconisés par le MSSS, ce dernier s'est vu dans l'obligation d'apporter des explications supplémentaires pour en permettre une mise en œuvre harmonieuse. Les précisions apportées concernent les éléments suivants :

- l'admissibilité et l'accès aux services : notion de domicile, clientèle admise, accessibilité et gamme de services, couverture publique des services;
- l'évaluation et la gestion de l'accès aux services : évaluation des besoins, harmonisation des pratiques et application de l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC);
- la coordination et la qualité des services de soutien à domicile;
- les systèmes d'information;

- les rôles et responsabilités des divers acteurs dans la prestation des services d'aide à domicile;
- l'arrimage entre le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD), l'allocation directe et la politique de soutien à domicile;
- enfin, l'offre de services de soutien aux proches aidants.

« *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie – plan d'action 2005-2010* » (MSSS, 2005b)

Cette publication fait, dans un premier temps, un constat des services et programmes actuels pour les personnes âgées en perte d'autonomie et ensuite, un portrait de l'évolution du vieillissement de la population. À la lumière des informations apportées, deux options émergent. Continuer selon le modèle actuel, ce qui demanderait d'augmenter toujours plus le nombre de places en ressources institutionnalisées ou bien adapter et améliorer l'organisation des services pour répondre aux besoins futurs de la population vieillissante. Le MSSS, ayant choisi la deuxième option, poursuit deux grands objectifs. D'abord, améliorer l'accès aux services et soutenir les innovations en matière de diversification du logement et des services (programme préventif, soutien à la personne, soutien aux proches aidants) pour pouvoir offrir différentes options aux aînés en perte d'autonomie. Ensuite, le MSSS souhaite offrir des services à cette même catégorie de population en se basant sur des critères élevés de qualité et des pratiques régulées par le secteur public : mise en place de protocoles, formations pour les intervenants, processus de contrôle de qualité, processus de certification pour les ressources, recherche et transfert des connaissances.

Le programme regroupe tous les services destinés aux personnes en perte d'autonomie due majoritairement à l'âge de même qu'à leurs proches aidants. Entre dans cette catégorie toute personne répondant aux critères précédents et qui souffre soit de perte d'autonomie fonctionnelle, soit de problèmes cognitifs ou encore de maladies chroniques. L'intention du MSSS n'est pas ici de vouloir guérir les usagers, mais plutôt de compenser la détérioration de la qualité de vie, de miser sur le potentiel résiduel et d'assurer un environnement sécuritaire. Notons que, selon le MSSS (2005a), l'âge ne peut être considéré comme un critère suffisant pour recevoir les services prévus dans le programme de PALV. Une personne de moins de 65 ans, aux prises avec les mêmes problèmes peut avoir droit aux mêmes services qu'une personne âgée. Enfin, précisons que les personnes hébergées en raison d'un problème autre que la PALV, par exemple la déficience intellectuelle, ne peuvent profiter de ce programme.

L'administration et la mise en place de l'architecture des services pour la PALV, tel que précisé dans le document sur les services généraux en CSSS (MSSS, 2004b), est laissé à la discrétion des agences de chacune des régions du Québec qui, à leur tour, délèguent la mise sur pied et le fonctionnement aux différents CSSS du territoire. Ainsi, il est difficile de tracer un portrait global pour l'ensemble du Québec en raison des disparités et spécificités

régionales. C'est pourquoi nous avons choisi de réaliser des études de cas dans deux régions distinctes.

1.4 La démarche de recherche

La recherche s'appuie sur l'analyse de cas multiples (Yin, 1994a & b et 1999) qui convient bien lorsque l'on cherche à comprendre une réalité dans un contexte en pleine transformation. C'est le cas des CSSS et de leur réseau local de services (RLS) en phase d'implantation au moment de notre collecte d'informations en 2008. Quatre CSSS, deux dans chacune des régions administratives de Montréal et du Saguenay–Lac-Saint-Jean, ont été étudiés et comparés démontrant ainsi la diversité des expériences qui se construisent dans les nouveaux RLS et, spécifiquement, dans le cadre du programme PALV.

La recherche amorcée en 2006 a emprunté une démarche qualitative basée sur deux principaux outils méthodologiques. D'abord, nous avons réalisé une analyse documentaire pour établir un portrait de chacun des quatre processus en cours de création de RLS et de détermination de projets cliniques. Les résultats de l'analyse documentaire ont été synthétisés dans des monographies publiées à l'été 2009 (Bourque et Lachapelle, 2009a et 2009b ; Corneau *et al.*, 2009 ; Leclerc *et al.*, 2009). Ces quatre monographies établissent les spécificités de chaque établissement et nous ont servi de référence au moment d'identifier les effets de la reconfiguration sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires dans les services aux personnes en PALV. Outre une mise en contexte du processus de création des CSSS, elles présentent comment les agences de santé et de services sociaux ont déterminé les territoires des RLS, organisé le regroupement des établissements et défini des priorités régionales pour le programme de PALV. Les grandes lignes de ces quatre études documentaires sont présentées de façon synthétique au chapitre deux.

Tableau 1 – Répartition des entrevues réalisées

	Gestionnaires	Intervenant social	Organisateur communautaire	Communautaire et économie sociale	Total
CSSS 1	5	3	2	3	13
CSSS 2	6	2	2	4	14
<i>Montréal</i>	<i>11</i>	<i>5</i>	<i>4</i>	<i>7</i>	<i>27</i>
CSSS 3	3	2	1	4	10
CSSS 4	4	3	1	4	12
<i>Saguenay</i>	<i>7</i>	<i>5</i>	<i>2</i>	<i>8</i>	<i>22</i>
Total	18	10	6	15	49

Ensuite, nous avons réalisé quarante-neuf (49) entrevues individuelles de type semi directif d'environ une heure chacune, vingt-sept (27) à Montréal et vingt-deux (22) au Saguenay réparties comme le montre le tableau 1.

Les informatrices et informateurs sollicités étaient des cadres (directions, chefs de programme, conseillers cadres), des intervenantes et intervenants sociaux détenant au moins un diplôme de premier cycle en travail social et des organisateurs et organisatrices communautaires engagés dans le programme de PALV de chacun des quatre CSSS. Nous avons aussi rencontré des représentantes et représentants d'organismes communautaires et d'entreprises d'économie sociale actifs auprès des populations âgées des territoires de CSSS. Tous ont des relations directes avec les services en PALV de leur CSSS.

Ces entrevues ont été transcrites intégralement et soumises à une analyse de contenu à partir des catégories définies dans le projet de recherche et reprises dans le guide d'entrevue (en annexe). Le codage des entrevues a été réalisé avec le logiciel N'Vivo et le traitement des résultats a été fait dans chacune des régions par des professionnelles de recherche. Les rapports relatifs à chaque catégorie d'information ont été validés régionalement d'abord puis discutés en équipe de recherche avant de faire l'objet d'une analyse croisée entre les deux régions.

Les résultats, présentés aux chapitres trois et quatre du rapport, permettent de documenter le point de vue des acteurs concernés par chacun des volets de la recherche : les pratiques partenariales, d'une part, et les interventions psychosociales et communautaires, d'autre part. Ce sont ces analyses qui constituent la contribution de la recherche au processus de création des CSSS. Les convergences qui se dégagent du vécu des quatre établissements donnent une image nuancée de l'atteinte des objectifs annoncés de la réforme. Ce sont ces résultats dont nous avons entrepris la discussion dans le dernier chapitre afin de synthétiser les réponses à nos questions initiales et ouvrir des perspectives quant aux prolongements à donner à la recherche.

CHAPITRE 2

LES SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (PALV)

Sans reprendre toute l'information présentée dans les monographies, il nous semble important de brosser les grandes caractéristiques des régions, de l'organisation des services aux personnes en PALV et des démarches régionales et locales d'élaboration des projets cliniques.

2.1 Deux contextes régionaux quant à la perte d'autonomie liée au vieillissement

Situation spécifique des personnes âgées à Montréal

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSSM) couvre tout le territoire de l'Île de Montréal qui comprend la Ville de Montréal et les villes liées. Ce territoire compte environ 1,9 million de citoyens. Les projections démographiques prévoient une croissance de 14,8 % principalement du fait de l'immigration internationale de sorte que la population devrait atteindre 2,1 millions en 2026.

L'ASSSM constate que l'état de santé des Montréalais s'améliore de façon notable, tout comme d'ailleurs, la situation économique dans la mesure où l'on constate une baisse significative du nombre de personnes bénéficiant de l'assistance emploi ainsi que du taux de chômage (Direction de la santé publique de Montréal, 2003). Montréal demeure toutefois une des grandes villes canadiennes où l'on retrouve le plus haut taux de chômage (Direction de la santé publique de Montréal, 2003). Considérant que les conditions socioéconomiques génèrent des écarts importants dans l'état de santé des populations, il faut noter que 29 % de la population montréalaise vivent sous le seuil de faible revenu comparativement à 19 % pour l'ensemble du Québec. Montréal est aussi la région au Québec qui accueille le plus d'immigrants : 28 % de la population montréalaise est immigrante alors que ce chiffre chute sous la barre des 10 % (9,8 %) pour l'ensemble du Québec (ASSSM, 2006a).

Les personnes âgées ont été des témoins privilégiés de l'amélioration des conditions de vie au cours de la seconde moitié du 20^e siècle et ont bénéficié de l'amélioration de la qualité des soins de santé au Québec depuis la mise en place du réseau public lors de la Révolution tranquille. En effet, le constat général quant à leur santé offre un bon pronostic comme en témoigne l'augmentation constante de l'espérance de vie au cours des dernières décennies.

Évidemment, la vie de cette tranche de la population est, plus que les autres, marquée par la maladie, la perte du conjoint et des amis et, donc, très souvent l'isolement (Lefebvre, 2003).

Selon des statistiques du ministère de la Santé et des Services sociaux, la population montréalaise à l'instar du reste du Québec, est plutôt vieillissante. De 2001 à 2026, la population des 65 ans et plus de Montréal passera de 278 000 à 439 000 personnes faisant passer leur proportion de 15 % à 20,7 %. À l'échelle québécoise, la tendance est la même, mais beaucoup plus prononcée passant de 965 000 Québécois de 65 ans et plus en 2001 à 1 974 000 en 2026 faisant passer leur proportion de 13 % à 24,4 % (ISQ, 2003). Même si elle affecte moins la région de Montréal-Centre que l'ensemble du Québec, cette tendance démographique demeure quand même une préoccupation majeure pour le réseau de la santé et des services sociaux montréalais.

Les personnes âgées au Saguenay-Lac-St-Jean

La région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, située dans la partie nord du Québec, est éloignée des deux principaux grands centres que sont Montréal et Québec. Troisième plus grande région en termes de superficie avec ses 106 508 km², elle compte outre la ville de Saguenay (143 692 h) quatre municipalités rurales de comté (MRC) soit Domaine-du-Roy (31 956 h), Maria-Chapdelaine (25 767 h), Lac-Saint-Jean-Est (51 170 h) et Fjord du Saguenay (20 025 h en plus de Ville de Saguenay). On y dénombre 51 localités dont la communauté Innue de Mashteuiatsh (1 749 h). En 2006, selon le Recensement du Canada, la population totale était de 272 610 habitants. Cette population répartie principalement autour de deux plans d'eau majeurs, le Saguenay (65 %) et le lac Saint-Jean (35 %), est plus urbaine dans la sous-région du Saguenay et plus rurale dans celle du Lac-Saint-Jean. En 2008, le revenu personnel disponible au Saguenay–Lac-Saint-Jean était de 23 291 \$, moins élevé qu'au Québec (25 504 \$) et le taux d'emploi se situait à 55 % comparativement à 60,9 % pour l'ensemble du Québec.

La population du Saguenay–Lac-Saint-Jean est en décroissance depuis plusieurs années et le taux de vieillesse est en croissance : la population âgée de 65 ans et plus a augmenté de 30 419 en 1996 à 40 035 personnes en 2006, tandis que celle des 0 à 64 ans a diminué de 10 % durant la même période. Le revenu moyen des personnes de 65 ans et plus est inférieur dans la région (18 558 \$) à celui de l'ensemble du Québec (21 619 \$). Pour l'année 2000, la proportion de personnes de 65 ans et plus vivant sous le seuil du faible revenu était plus faible au Saguenay–Lac-Saint-Jean (17,2 %) qu'au Québec (22,8 %) (Statistique Canada, 2001a), mais plus de la moitié (53,2 %) de la population âgée de 65 ans et plus bénéficie du Supplément de revenu garanti, ce qui est supérieur à l'ensemble de la province (49,3 %) (DRHC, 2000).

Tant au Saguenay–Lac-Saint-Jean qu’au Québec, plus on avance en âge et plus le nombre de personnes vivant seules augmente. Cela est d’autant plus vrai pour les femmes de la région; passé l’âge de 75 ans, elles sont presque trois fois plus nombreuses que les hommes à vivre seules. L’enquête sociale et de santé réalisée en 1998 montre que 16,0 % des personnes de 65 ans et plus résidant au Saguenay–Lac-Saint-Jean ont un indice de soutien social faible ce qui se compare aux 15,7 % pour le Québec. De plus, 7,5 % des personnes âgées (7,6 % pour le Québec) se disent insatisfaites de leur vie sociale et sont à risque d’être isolées socialement : 12,0 % révèlent n’avoir aucun confident (11,7 % pour le Québec) et 4,4 % estiment n’avoir aucune personne pour les aider en cas de besoin (3,1 % pour le Québec). Également, un aîné sur dix (11,4 %) au Saguenay–Lac-Saint-Jean déclare n’avoir aucun ami, une proportion plus élevée que pour l’ensemble du Québec (7,8 %).

En 1998, 16 % des femmes âgées et 8 % des hommes âgés du Saguenay–Lac-Saint-Jean avaient un indice de détresse psychologique élevé. Cette proportion est plus élevée pour les femmes que dans l’ensemble du Québec où le taux est de 12,8 %, mais pour les hommes, le taux est le même que dans l’ensemble du Québec. L’enquête sociale et de santé Québec, réalisée en 1998, révèle aussi que 42 % des personnes de 65 ans et plus présentent des incapacités physiques. Ce pourcentage tend à augmenter avec l’âge puisqu’il représente 34 % chez les personnes de 65 à 74 ans et 55 % chez les aînés de 75 ans et plus (ISQ, 2001).

En 2004, 16,8 % des personnes de 65 ans et plus du Saguenay–Lac-Saint-Jean ont reçu des services à domicile (ASSS-SLSJ, 2005). En moyenne, 19,2 interventions à domicile ont été offertes à chaque usager. Le Saguenay–Lac-Saint-Jean connaît aussi un taux record en ce qui concerne les indicateurs médicaux. Les personnes âgées qui possèdent une ordonnance active et consultent un médecin y sont plus nombreuses que partout ailleurs au Québec (AQRP, 2007).

2.2 Les scénarios régionaux de services aux personnes en PALV

Composition du réseau socio sanitaire montréalais

À la suite de l’adoption en décembre 2003 du projet de Loi 25, l’ADRLSSSS de Montréal a proposé, au printemps 2004, un modèle d’organisation prévoyant la fusion de cinquante-quatre (54) établissements jusque-là autonomes, pour former en juin 2004 douze (12) des quatre-vingt-quinze (95) centres de santé et de services sociaux (CSSS) que compte le Québec (MSSS, 2006; ASSSM, 2006).

Le réseau local de services à Montréal se compose aussi de quatre cents (400) cliniques et cabinets médicaux et onze (11) groupes de médecine familiale (GMF). Sur le territoire montréalais se trouvent aussi quatre-vingt-cinq (85) établissements de services spécialisés et ultra spécialisés souvent liés aux quatre grandes universités. Plus de 90 000 personnes œuvrent dans le réseau dont quelque 3 300 médecins spécialistes, 2 200 omnipraticiens,

22 000 infirmières, ainsi que 8 000 autres professionnels de la santé et des services sociaux. De nombreux organismes communautaires sont partenaires du réseau et subventionnés par l'Agence de Montréal. En 2006-2007, on en dénombre 600 sur l'ensemble du territoire de l'île de Montréal dont 16 % sont actifs en maintien à domicile. Ils se partagent un financement total de 88 M \$, dont 72,3 M \$ provenant du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) du ministère de la Santé et des Services sociaux, soit une subvention moyenne de 122 500 \$ (ASSSM, 2007), alors qu'à l'échelle du Québec le PSOC finance environ 3 170 organismes communautaires pour un montant total d'environ 315 M \$, soit en moyenne 99 400 \$ (SACAIS, 2007 : 18).

Pour ce qui est des services reliés à la perte d'autonomie liée au vieillissement, Montréal était pourvue en 2005 de 14 325 lits d'hébergement et de soins de longue durée, soit plus du tiers des 41 467 que compte le Québec. À la même période, le taux d'hébergement pour la population montréalaise des 65 ans et plus était de 4,4 % (ADRLSSSS de Montréal, 2005 : 30), alors qu'à l'échelle québécoise ce taux est de 3,6 % selon le Conseil des aînés du Québec (MSSS, 2005a : 30). Pour ce qui est des services de soutien à domicile, toujours en 2005, ce sont 42 951 Montréalais en perte d'autonomie qui recevaient des services de soutien à domicile (ASSSM, 2006a : 39) comparativement à 155 133 pour le territoire québécois (MSSS, 2006 : 57).

Tableau 2 - Couverture de la région de Montréal comparée au reste du Québec : services reliés à la perte d'autonomie liée au vieillissement, 2005

	Taux de 75 ans et plus (R 2006)	Lits en CHSLD & % par rapport à l'ensemble du Québec	Taux d'hébergement	Personnes desservies / soutien à domicile	Nombre moyen d'intervention à domicile par personne
Montréal	29,1 %	14 325 (34,5 %)	4,4%	42 951 (27,7 %)	30,5
Le Québec	100 %	41 467	3,6 %	155 133	25,2

Source : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006a : 39 ; MSSS, 2006 : 57

L'écart entre la demande et le nombre de lits à Montréal se situait, en mars 2004, à 116 %. Ce qui fait dire à l'Agence de Montréal que « la région est difficilement en mesure de répondre à la demande pour la clientèle des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. » (ADRLSSSS de Montréal, 2005 : 29). L'Agence de Montréal affirme compter sur son territoire 50 % de plus de personnes âgées de 85 ans et plus que dans le reste du Québec. Voici comment l'Agence résume les besoins montréalais en lits d'hébergement :

Si on additionne les places d'hébergement publiques et privées à but lucratif ou sans but lucratif occupées par des personnes de 65 ans et plus, alors Montréal a le même taux d'hébergement que le reste du Québec. Si on utilise

le nombre de personnes de 75 ans et plus, alors le taux d'hébergement relatif à Montréal est inférieur de 10 % à ce qu'on observe dans l'ensemble du Québec. En s'intéressant uniquement aux personnes de 75 ans et plus vivant seules, le taux montréalais d'hébergement, toutes ressources confondues, est inférieur de 20 % à celui du Québec. (ADRLSSSS de Montréal, 2005 : 30)

Le réseau socio sanitaire du Saguenay-Lac-St-Jean

Le réseau socio sanitaire du Saguenay-Lac-Saint-Jean compte six réseaux locaux de services (RLS) et autant de CSSS, soit trois au Lac-Saint-Jean, à savoir Lac-Saint-Jean-Est, Domaine-du-Roy et Maria-Chapdelaine, et trois au Saguenay, soit Jonquière, Chicoutimi et La Baie. S'ajoutent deux établissements à vocation régionale, soit le Centre jeunesse (CJ) et le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI). Chapeautés par l'ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (ASSS-SLSJ), ces établissements représentent 3,2 % du réseau public québécois de santé et de services sociaux (ISQ, 2007). Ce réseau emploie près de 10 600 employés et était doté, pour l'année 2006, d'un budget d'opération de quelque 564 millions de dollars (ASSS-SLSJ, 2007). En 2005, les dépenses pour les personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement dans la région, correspondaient à 59 775 969 \$, ce qui représente 1 541,05 \$ par personne âgée (ASSS-SLSJ, 2005b).

Les centres d'hébergement publics de la région, au nombre de dix-sept (17), disposent de 1 200 places permanentes et 18 lits d'hébergement temporaire (ASSS-SLSJ, 2007). Finalement, il faut noter que la région compte 38 lits en gériatrie répartis dans quatre des six territoires de CSSS, soit La Baie, Jonquière, Maria-Chapdelaine et Domaine-du-Roy.

En 2006-2007, on recensait au Saguenay-Lac-Saint-Jean 320 organismes communautaires, dont 210 ont des activités liées à la santé et aux services sociaux et bénéficient du PSOC. De ce nombre, 191 reçoivent de l'ASSS en soutien à leur mission globale un montant de 14 406 791 \$ (ASSS-SLSJ, 2008). En ce qui a trait aux organismes communautaires destinés aux personnes âgées, les CSSS de la région peuvent compter sur quarante (40) organismes communautaires à vocation locale et deux (2) organismes à vocation régionale, soit un cinquième des organismes subventionnés par le PSOC. De plus, on retrouve dans chacun des territoires de CSSS une entreprise d'économie sociale (EES) qui offre minimalement des services d'aide à la vie domestique (AVD) et, pour certaines, des services d'aide à vie quotidienne (AVQ) pour les personnes en perte d'autonomie.

Les résidences privées pour personnes âgées font également partie des collaborateurs des six CSSS. On retrouve, sur le territoire du Saguenay-Lac-Saint-Jean, cent une (101) résidences dont dix-sept (17) sans but lucratif logeant trois cent soixante-sept (367) personnes dans deux cent soixante et onze (271) chambres et quatre-vingt-seize (96) logements, et 87 inscrites au registre des résidences privées hébergeant six mille (6 000)

personnes (ASSS-SLSJ, 2007). On retrouve de plus douze (12) ressources intermédiaires (RI) dans la région avec une capacité d'accueil de cent soixante-quatorze (174) personnes (ASSS-SLSJ, 2007). Parmi les ressources d'habitation sans but lucratif il y a sept (7) coopératives d'habitation dont la clientèle n'est pas exclusivement composée de personnes âgées (SHQ, 2005) et mille six cent soixante dix-neuf (1 679) logements subventionnés de type HLM.

2.3 Présentation sommaire des quatre CSSS étudiés

Les quatre CSSS étudiés présentent des différences significatives. Les CSSS de la région de Montréal ont été créés selon le plan de l'ADRLSSSS de Montréal en 2004. Le CSSS-1 regroupe trois CLSC et cinq centres d'hébergement mais pas d'hôpital. Il emploie plus de 3 000 personnes et ses services aux personnes en PALV relèvent de deux directions selon qu'ils sont dispensés dans le milieu de vie naturel ou en hébergement. Le CSSS-2 regroupe un hôpital de plus de 200 lits, trois CLSC et sept centres d'hébergement. Il emploie 3 800 personnes et la gestion des services d'hébergement est distincte des services dans la communauté. Au Saguenay, le CSSS-3 est un établissement créé sur la base d'un regroupement volontaire près de dix ans avant le moment où nous avons réalisé nos entrevues. Constitué de la fusion d'un petit hôpital de moins de cinquante lits, d'un CLSC et de deux centres d'hébergement, il compte environ 500 employés. Le CSSS-4 emploie 3 500 personnes. Il a été créé par le regroupement d'un hôpital de plus de 400 lits, d'un CLSC et d'un centre d'hébergement, dans le cadre d'une démarche pilotée par l'ADRLSSSS du Saguenay – Lac-Saint-Jean en 2004. Les services aux personnes en PALV y ont relevé de trois directions différentes jusqu'à la mise en place du nouvel organigramme en 2008.

Trois CSSS sont donc des établissements de taille relativement importante puisqu'ils comptent 3 000 employés et plus. À Montréal, ils regroupent plus d'un territoire de CLSC, ce qui ne se vérifie pas au Saguenay où un seul CLSC par territoire a été incorporé à chacun des CSSS. Ces trois CSSS sont des créations relevant directement de la mise en œuvre de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Projet de Loi 25) de décembre 2003. Il y a eu des consultations, mais les processus ont été rapides de sorte que les établissements ont été créés environ six mois après l'adoption de la Loi. Le plus petit CSSS au Saguenay résulte d'une démarche volontaire réalisée il y a une dizaine d'années à l'instigation de la Régie régionale. La formule de regroupement a été choisie par les conseils d'administration des établissements concernés. Un comité conjoint, des groupes de travail et une consultation des partenaires de la communauté et du personnel ont permis l'élaboration du plan d'organisation. Le regroupement volontaire a été réalisé au terme de deux années de travaux. De plus dans les rapports avec ses partenaires, cet établissement peut compter sur une structure intersectorielle de concertation qui était en place au moment il est devenu CSSS.

2.4 L'organisation des services aux personnes en PALV

Les orientations de l'Agence dans la région de Montréal

L'ADRLSSSS de Montréal a élaboré des balises régionales pour l'intégration des services aux personnes en PALV. Au printemps 2004, elle a produit le document « Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal. Intégration des services de santé et des services sociaux aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement – Balises régionales » (ADRLSSSS de Montréal, 2004). Ce document a fait l'objet d'une consultation publique lors d'un forum tenu en avril 2004. Il s'appuie sur les « *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* » qui précisent que les réseaux de services intégrés...

...incorporent les soins de santé et les services sociaux offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté ou en établissements, qu'ils soient préventifs ou curatifs, de réadaptation ou palliatifs. Les réseaux de services intégrés reflètent une perspective clinique, organisationnelle et financière, et un mode d'organisation de service plutôt qu'un type de services. (MSSS 2004)

Un tel mode d'organisation de services exige que l'ensemble des établissements et des intervenants, incluant les médecins, se perçoive et agisse comme un tout, chaque élément étant responsable et solidaire de la réponse combinée aux besoins des clientèles visées avec ses moyens respectifs. Ainsi, l'ASSS de Montréal, pour faire suite à l'entente de gestion établie avec le MSSS, a précisé pour la région de Montréal des enjeux, des choix stratégiques et des mesures structurantes pour la période 2005-2010. Au premier chef, on veut diminuer le taux d'hébergement et développer des ressources alternatives, consolider la gamme des services, les intégrer et rendre efficace le continuum.

Parmi l'ensemble de ces orientations, celle qui a le plus d'impact concerne la diminution des places d'hébergement institutionnel. Puisque que le MSSS a établi comme objectif, d'ici 2010, un taux d'hébergement institutionnel de 3,5 lits par 1000 personnes âgées de 65 ans et plus, l'Agence de Montréal prévoit que le parc de lits d'hébergement de Montréal devra être réduit de 2 147 lits. Du même souffle, l'Agence souligne pourtant, comme nous l'avons mentionné précédemment, qu'en considérant uniquement les personnes de 75 ans et plus vivant seules, le taux montréalais d'hébergement, toutes ressources confondues, est inférieur de 20 % à celui du Québec (ADRLSSSS de Montréal, 2005 : 30).

Les orientations de l'Agence au Saguenay-Lac-Saint-Jean

Le portrait de la situation des personnes âgées tracé par le Plan d'action régional (PAR) en santé publique 2004-2007 démontre que les impacts du vieillissement sur le réseau de la santé et des services sociaux sont déjà perceptibles et s'accroîtront au cours des prochaines années. Afin de s'adapter au vieillissement de la population et d'améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées, l'ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (2005) a

réalisé le « Plan d'action régional 2005-2010 pour les services aux personnes âgées en perte d'autonomie » à partir des grandes orientations et des politiques nationales. Le plan propose cinq principes directeurs:

1. Le respect de la liberté de la personne de choisir pour elle-même.
2. La volonté ferme de permettre aux aînés en perte d'autonomie de demeurer dans leur communauté.
3. La solidarité à l'égard de la personne proche aidante, à titre de cliente, de partenaire et de citoyenne, et la reconnaissance du caractère volontaire de son engagement, qui résulte d'un choix libre et éclairé.
4. L'information à la population sur le soutien auquel elle est en droit de s'attendre et l'assurance d'une réponse diligente et respectueuse de ses besoins.
5. Une réponse fondée sur les besoins des personnes et une contribution de l'utilisateur indépendante du lieu où il réside, du type de résidence et du prestataire de services.

Ce plan d'action est conçu dans le but d'améliorer l'accès aux services et de soutenir le développement de formules diversifiées de logement afin d'offrir le plus d'options possible aux aînés en perte d'autonomie et à leurs proches. Le plan d'action a également comme objectif d'offrir des services reposant sur des standards de qualité régularisés par le secteur public.

Selon le Plan d'action régional 2005-2010, les premiers défis sont le soutien à la personne vieillissante et aux proches aidants. Aux personnes en PALV on veut assurer sur l'ensemble du territoire l'accès aux programmes et aux équipements requis par leurs incapacités. Afin que les proches aidants puissent continuer à aider l'aîné à vivre dans son milieu de vie naturel sans s'épuiser, ils devront être soutenus adéquatement par les services de l'instance locale et par les organismes communautaires. Les besoins des proches aidants devront être pris en compte selon un plan d'intervention individualisé (PSI) avant que ces derniers aient à demander de l'aide et ce, pour éviter l'épuisement et les dommages physiques et psychologiques.

L'action sur l'environnement constitue un troisième défi et c'est dans cette optique que différentes formules et différents programmes sont mis à contribution pour répondre aux spécificités des personnes en perte d'autonomie dans leur résidence. Pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui ne peuvent plus demeurer dans leur propre domicile, un milieu de vie de qualité est requis, que ce soit dans les installations d'hébergement ou dans les autres milieux de vie tels que les ressources intermédiaires et les résidences d'accueil. On met en place un processus de certification de conformité pour les résidences privées pour personnes âgées et on attend du MSSS le dépôt d'un plan global d'interventions immobilières. (ADRLSSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, 2004).

Les services aux personnes en PALV dans le CSSS 1

Le CSSS couvre trois territoires de CLSC. Selon les données fournies par le CSSS le volume des soins infirmiers à domicile prodigués à toute personne souffrant d'une incapacité temporaire ou persistante qui doit être soignée en partie ou en totalité à son domicile, est maintenu tandis que le nombre total d'utilisateurs progresse. L'aide à domicile qui s'adresse à toute personne qui souffre d'une incapacité temporaire ou persistante et qui a besoin de soutien dans certaines tâches liées notamment à l'hygiène et à la préparation des repas, a connu un processus inverse puisque le nombre d'utilisateurs est resté stable alors que le nombre d'interventions a augmenté. Environ soixante-dix-sept (77) auxiliaires familiales assurent cette aide. Depuis la création du CSSS, les services à domicile à la population âgée ont reçu davantage d'investissements, mais en ce qui concerne le volume des interventions en soutien à domicile auprès de la clientèle PALV, le regroupement n'a pas modifié substantiellement la situation.

Les services psychosociaux à domicile sont disponibles en semaine. La clientèle visée par ce programme est constituée par les personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) ou les proches aidants présentant des besoins psychosociaux divers. Les interventions consistent à restaurer et à maintenir l'équilibre psychologique et social : réinsertion sociale, adaptation au changement de milieu de vie, utilisation des ressources dans la communauté, prévention des problèmes de santé mentale, dépistage et prévention des situations de négligence et d'abus. Les interventions individuelles ou en groupe comprennent des activités d'évaluation, de conseil, d'enseignement et de suivi. Environ vingt (20) agents de relations humaines et un technicien en assistance sociale assurent ce service.

En plus des lits d'hébergement publics, il existe sur le territoire cinq résidences privées pour les personnes âgées totalisant 358 places. On y retrouve également neuf organismes de logement sans but lucratif destinés aux personnes âgées pour un total de 111 unités, ainsi que 19 habitations à loyer modique (environ 1 000 unités) destinées aux personnes de 60 ans et plus, pour un total d'environ 1 469 logements.

Par ailleurs, l'offre de services des organismes communautaires œuvrant sur le territoire est importante et diversifiée. Neuf (9) organismes communautaires dédiés spécifiquement, selon les catégories de l'ASSS, au maintien à domicile ont pignon sur rue sur le territoire du CSSS. La plupart de ces organismes sont regroupés dans deux instances de concertation selon leur quartier d'appartenance puisque le CSSS couvre plus d'un quartier.

Les services au CSSS 2

Le territoire du CSSS comprend quatre territoires de CLSC. Les services pour les personnes en perte d'autonomie sont organisés sur une base territoriale définie en sept (7) secteurs distincts desservis par quatre (4) équipes multidisciplinaires comprenant des intervenantes sociales, des infirmières et des auxiliaires familiales. Chaque équipe est dirigée par une

responsable des services à la clientèle, directement rattachée à la direction du programme. S'ajoutent un coordonnateur au soutien à domicile responsable du continuum de services entre les établissements, et un adjoint à la direction et coordonnateur des services ambulatoires, responsable des liaisons avec les ressources de transition et les ressources externes. Les sept secteurs desservis ont des caractéristiques socioéconomiques distinctives. Les OC qui interviennent dans le programme PALV partagent les locaux de ces services, ce qui favorise les contacts au quotidien, mais ne font pas partie des équipes sectorielles. Depuis juillet 2008, ils sont rattachés à la Direction planification, santé publique et partenariats plutôt qu'à la direction du programme en PALV.

Les services au CSSS 3

Les services du CSSS sont divisés en deux catégories : les services en milieu naturel et l'hébergement. Le CSSS dispose de 114 lits d'hébergement et deux lits de transition. Huit résidences privées offrent 175 places. Le territoire est aussi doté de 142 logements de type HLM spécifiquement destinés aux personnes âgées. Quant aux services en milieu naturel, ils ajoutent au soutien à domicile un centre de jour, un hôpital de jour et une unité de réadaptation fonctionnelle intensive gériatrique (URFIG). Cinq des vingt-huit (28) agents de relations humaines et travailleuses sociales du CSSS travaillent essentiellement auprès de la clientèle âgée et assurent l'évaluation et le suivi psychosocial à domicile.

Quatre organismes communautaires et une entreprise d'économie sociale interviennent avec les aînés. Ils offrent des rencontres individuelles, du suivi psychosocial, du soutien moral, de l'écoute téléphonique, des repas et des visites à domicile de même que de l'accompagnement pour les déplacements. Depuis plus de dix ans, par le biais de tables clientèles (enfance-famille, jeunesse, adultes, aînés) et de la table de secteur, une structure de concertation est en place afin de permettre un partenariat entre les organismes communautaires et le CSSS. Cette table de secteur coordonne les activités de prévention-promotion et le plan d'action local (PAL) en santé publique. Elle est composée de représentants de chacune des tables clientèles et de membres cooptés du CSSS, des municipalités, du milieu scolaire, d'organismes sociaux et de gens de la direction régionale de la santé publique.

Les services au CSSS 4

Le territoire du CSSS 4 compte quatre centres d'hébergement dont un privé conventionné. Les trois établissements publics offrent 205 lits d'hébergement permanent et cinq lits d'hébergement temporaire. Avec les 64 lits du centre privé conventionné, le territoire dispose donc au total 274 lits d'hébergement. S'ajoutent seize (16) résidences privées offrant 198 chambres et 692 logements et hébergeant quelque 968 personnes. Les familles ou conjoints peuvent aussi compter sur 30 des 36 places régionales en ressources intermédiaires (RI) situées dans deux résidences du territoire. Il y a aussi six (6) coopératives d'habitation et 917 personnes âgées bénéficient de logements subventionnés.

En 2006, les services psychosociaux offerts au CSSS dans le cadre du soutien à domicile (SAD) comptaient 11,6 postes équivalents temps complet (ETC) de travailleurs sociaux, 11,6 postes ETC d'auxiliaires familiales et sociales, 25 postes ETC d'infirmières et 7 postes d'infirmières auxiliaires, quatre (4) physiothérapeutes, deux (2) nutritionnistes, cinq (5) ergothérapeutes et quatre (4) techniciens en réadaptation physiques. Le CSSS offre aussi un programme de courte durée gériatrique.

Les organisateurs communautaires travaillent avec différentes tables de concertation dont trois s'adressent plus particulièrement aux personnes âgées et à leurs proches : une sur la violence, une autre sur la négligence et les abus faits aux personnes âgées ; et une troisième pour les proches aidants et pour la concertation des ressources travaillant en maintien à domicile.

2.5 L'élaboration des projets cliniques en PALV

La nouvelle « Loi sur les services de santé et les services sociaux » (LRQ S-4.2) précise que les CSSS doivent se doter d'un projet organisationnel et clinique appelé à jouer un rôle central dans l'élaboration du réseau local de service. Pour chacun des neuf programmes-clientèles, les CSSS doivent sur leur territoire mobiliser l'ensemble des producteurs de services qu'ils soient publics, communautaires, d'économie sociale ou privés. Ces partenaires sont appelés à définir, avec le CSSS, les besoins de la population, les objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être, les services requis pour satisfaire aux besoins, ainsi que les modes d'organisation et les contributions attendues des partenaires.

De plus, les réseaux locaux de services et les projets cliniques doivent s'appuyer sur deux principes directeurs : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services (MSSS, 2004). En vertu de responsabilité populationnelle le CSSS et ses partenaires doivent maintenir et améliorer l'état de santé et le bien-être de la population de leur territoire. Ils doivent donc offrir une gamme de services généraux et spécialisés adaptés aux besoins de la population et les coordonner sur le territoire. Ils doivent aussi intervenir dans les milieux de vie, en amont de problèmes de santé et des problèmes sociaux, afin d'endiguer les facteurs précurseurs de la maladie.

Le principe de la hiérarchisation des services vise à faciliter le cheminement de l'utilisateur entre les services de première, de deuxième et de troisième ligne par des mécanismes de référence entre les producteurs de services. Le CSSS a la responsabilité de créer, avec les partenaires de son territoire, les conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseaux des services, notamment les services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soutien. Le CSSS a aussi la responsabilité de garantir à sa population, par le biais d'ententes, l'accès aux services spécialisés disponibles sur le territoire de l'Agence régionale ainsi que l'accès à des services surspécialisés. Pour le MSSS (2004d), les projets cliniques doivent organiser la livraison des services pour lesquels les CSSS reçoivent leur financement lequel passe graduellement d'un mode historique à un mode populationnel fondé sur des indicateurs relatifs aux besoins et aux montants disponibles.

Les orientations régionales montréalaises

L'ASSS de Montréal a soutenu et animé la démarche de réalisation des projets cliniques des CSSS montréalais et en a assuré la coordination avec les partenaires régionaux et suprarégionaux. Elle a, entre autres, fourni les portraits des populations de chacun des CSSS et déterminé des orientations régionales dans chacun des neuf programme-services, dont le PALV.

Les orientations de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Dans le but de permettre à chacun des CSSS de la région de réaliser un projet clinique pour son territoire, l'ASSS a pris l'initiative de former un comité consultatif chargé d'élaborer une démarche d'appropriation utilisée comme un outil « pédagogique » pour mobiliser les acteurs du réseau local. Elle permet de conférer une couleur régionale au projet clinique de chaque CSSS, tout en permettant de partager une vision commune et un langage uniforme qui soit le plus accessible possible. Elle s'inspire toutefois fortement de nombreux documents et cadres de référence réalisés par le MSSS, les associations d'établissements, les regroupements professionnels, les agences et les autres organisations ayant mené à des réflexions sur les projets cliniques.

La démarche du CSSS 1

C'est à l'automne 2005 que la direction générale a lancé la démarche locale d'élaboration du projet clinique. Au cours d'une rencontre publique, tous les partenaires du réseau, communautaires et intersectoriels, étaient conviés à une présentation du profil populationnel, des enjeux propres au territoire, du portrait de l'organisation des services au sein du CSSS, des grands objectifs inhérents au projet clinique et de la démarche d'élaboration du projet clinique. Douze tables ont été constituées dont neuf selon les différents programmes-clientèles et trois tables pour les directions de soutien administratif.

La table PALV était constituée de quinze personnes qui ont contribué par leur expertise et leurs connaissances à dégager des cibles prioritaires. On y retrouvait deux membres associés à la direction générale (services multidisciplinaires et hébergement), quatre professionnels (infirmière de liaison, travailleuse sociale, chef de programme, direction de services à la clientèle) de divers établissements, deux personnes de ressources spécialisées du réseau, une représentante d'un comité de résidents, trois personnes des regroupements d'organismes communautaires et une personne de l'OMH. Ce comité de travail s'est réuni à huit reprises entre septembre 2005 et janvier 2006. Des travaux ont été réalisés entre les sessions de travail par les participants de façon individuelle et par le biais de sous-groupes de travail pour approfondir certaines dimensions plus spécialisées ou spécifiques de l'offre de service. Le comité a fait appel à des personnes extérieures au comité pour compléter l'expertise ou pour témoigner de leur expérience à titre d'utilisateurs des services. Chacun des partenaires présents au tour de la table a fait la présentation de l'offre de service de l'organisme qu'il représentait. Cette démarche visait à dresser le profil et les besoins de la population des personnes âgées du territoire du CSSS, à faire le bilan des ressources et programmes disponibles, à cibler les écarts entre les besoins identifiés et les ressources, à préciser la contribution attendue des différents partenaires ainsi que des mécanismes de concertation requis et enfin à proposer au comité d'orientation du CSSS, les cibles prioritaires afin d'assurer une meilleure intégration des services aux personnes âgées en PALV du territoire.

Au terme des travaux, les douze groupes de travail avaient fixé 161 cibles pour le projet d'organisation clinique du CSSS. Il fallait établir des priorités : deux cibles par programme ont été retenues pour l'année 2006-2007. Les membres de la table PALV ont été mis à contribution pour hiérarchiser et déterminer les deux cibles retenues : l'implantation du continuum de soins et de services intégrés et l'amélioration du dépistage des personnes à risque de PALV.

Pour la suite, le CSSS a décidé de conserver la structure des tables de travail et d'élargir le nombre de participants. Les porteurs de dossiers ont sollicité les cadres, les cliniciens, les médecins, les professionnels et le personnel du CSSS pour qu'ils participent à l'élaboration des plans de travail pour chacune des cibles. Ces plans comprennent les objectifs, les actions à déployer et les résultats à atteindre, identifient les partenaires devant être associés à la démarche ainsi que les personnes responsables de sa mise en œuvre. Les membres des tables de travail, dont la table PALV, ont ensuite élaboré ou validé les plans de travail pour 2007, et évalué les résultats en fonction des cibles à atteindre.

La démarche du CSSS 2

L'élaboration du projet clinique a été confiée, en mars 2005, à un chargé de projet responsable de la conception et de la coordination de la démarche. En septembre, cette responsabilité a été transférée à la direction du développement des programmes cliniques et

des partenariats, renommée par la suite Direction de la planification, de la santé publique et des partenariats. Cette direction partage la responsabilité du projet clinique avec la Direction générale adjointe, responsable du « redéploiement organisationnel », c'est-à-dire du regroupement des services, de la réorganisation des ressources et des équipes afin de les adapter aux nouvelles structures. Les quatre directions des programmes-clientèles ont été associées à la programmation clinique qui les concerne. Un comité de travail pour chacun de ces programmes a d'abord défini les enjeux et les objectifs. Pour le programme PALV, ce comité était formé d'une vingtaine de personnes, majoritairement des cadres, mais aussi un technicien en assistance sociale et quelques médecins provenant des CHSLD, des CLSC et de l'hôpital. Ses conclusions ont été remises au comité stratégique du CSSS qui a produit le document de consultation sur lequel plus de 200 personnes ont pu se prononcer dans le cadre d'un forum des partenaires à l'hiver 2006. La suite du processus a pris la forme d'un vaste chantier porté par la Direction de la planification, de la santé publique, et des partenariats ; la direction générale adjointe, ainsi que les quatre directions des programmes-services. Cette équipe qui assume les fonctions prévues de comité de pilotage du projet clinique et organisationnel, est orientée sur des résultats concrets à atteindre.

Pour les services aux personnes en PALV dans leur milieu de vie, quatre objectifs ont été retenus : le repérage de la clientèle en perte d'autonomie, la prévention des chutes à domicile, le soutien aux proches aidants et un réseau de services appuyé sur la gestion de cas. Du côté de l'hébergement on vise le développement de ressources intermédiaires non institutionnelles, la réduction du temps d'attente pour les personnes hospitalisées, l'approche milieu de vie dans les centres d'hébergement et l'établissement de corridors d'accès aux services spécialisés. En mai 2008, le conseil d'administration du CSSS a créé un comité de suivi du projet clinique.

La démarche du CSSS 3

La démarche a débuté à l'automne 2005. Le CSSS disposait de nombreux leviers pour relever le défi de l'élaboration du projet clinique. La fusion des établissements initiée en 1995 était complétée depuis près de dix ans, le Plan d'action local (PAL) en santé publique était achevé et le CSSS est en lien avec ses partenaires dans des tables de concertation structurées et dynamiques. Le conseil d'administration a approuvé et soutenu la démarche et adopté les choix et les cibles prioritaires du projet clinique.

La coordination de la démarche a été confiée à une chargée de projet et à l'OC du CSSS. Des tables sectorielles par programme ont été mises sur pied. La table en PALV était composée de la direction du programme ; de représentants des médecins, des proches aidants, des intervenants, des organismes communautaires ; d'un pharmacien et d'un usager. Une consultation publique a eu lieu au printemps 2006 et une centaine de personnes ont répondu à l'invitation. Quant aux partenaires, ils ont été consultés par écrit à l'été. Le comité de pilotage réunissant la direction générale, les directions des programmes-

clientèles, la direction des services professionnels et les représentants des tables sectorielles avait la charge d'assurer l'interface entre le CSSS et ses partenaires, de planifier et coordonner les travaux et de formuler des recommandations au conseil d'administration. Les consultations ont permis d'identifier huit (8) cibles prioritaires pour le programme en PALV :

- améliorer la transmission de l'information clinique entre les intervenants concernés;
- réduire les délais d'attente pour accéder aux services du centre de jour, de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de la nutrition en soutien à domicile ;
- offrir des services de présence et de surveillance pour assurer un répit aux proches aidants ;
- augmenter le nombre de places de convalescence à faible coût;
- poursuivre le développement de l'approche milieu de vie dans les trois sites d'hébergement de longue durée;
- augmenter l'offre de services de repas servis à domicile sur le territoire ;
- consolider l'offre d'accompagnement et de transport pour la clientèle en perte d'autonomie ;
- consolider les programmes en prévention des chutes.

S'ajoutent trois objectifs supplémentaires de gestion des services :

- l'intégration des services aux personnes en perte d'autonomie;
- les composantes du Réseau intégré de services pour personnes âgées (RISPA) ;
- l'implantation du guichet unique, de la gestion de cas, de l'OEMC, du Plan de services individualisé (PSI) et du Plan d'intervention individualisé (PII) informatisé.

La démarche du CSSS 4

L'ensemble du processus relève du comité d'orientation dirigé par le directeur général et regroupant un membre du conseil d'administration, les cadres supérieurs, des leaders parmi les intervenants et les médecins et un usager. La réalisation de la démarche a été confiée au comité de pilotage sous la responsabilité de la direction de la qualité et réunissant des cadres des programmes-clientèles. Des tables de travail par programme fonctionnent en comité de travail pour développer le projet clinique selon les étapes définies par l'Agence. Pour le programme de PALV, cette table réunit des représentants des services de soutien à domicile, du volet soins hospitaliers, du CHSLD, des organismes communautaires, des ressources privées conventionnées, des services de soins palliatifs de fin de vie, du département de pharmacie, du centre de jour et de l'hébergement temporaire et des entreprises d'économie sociale. On y retrouve aussi une infirmière pivot du programme de

courte durée gériatrique, une infirmière clinicienne dédiée aux ressources non institutionnelles et une organisatrice communautaire.

En novembre 2006, le CSSS avait établi trois cibles prioritaires pour le programme PALV :

- l'accès assuré aux services offerts localement pour répondre aux besoins des personnes âgées avec un problème gériatrique ou psycho gériatrique ;
- l'accès aux ressources et services appropriés pour les clientèles ayant des besoins spécifiques en santé mentale, déficience physique ou déficience intellectuelle et des services appropriés aux besoins de la clientèle hébergée et en attente d'hébergement ;
- afin de préserver leur autonomie, les personnes âgées doivent recevoir les services de prévention-promotion identifiés dans le Plan d'action local (PAL) pour la clientèle PALV et le CSSS doit élaborer une entente de services pour la référence de la clientèle PALV aux organismes communautaires et entreprises d'économie sociale.

Le plan d'action 2006-2010, adopté en février 2007, a fait l'objet, en mars 2007, de vingt et une séances d'information auprès des 3 400 employés du CSSS. Ce plan prévoit, entre autres, la mise en place d'un guichet unique, la mise en place de la gestion de cas et d'un intervenant pivot du programme de courte durée gériatrique, l'ajout d'une infirmière et d'un travailleur social en première ligne à l'urgence pour le dépistage de la clientèle gériatrique, la mise en place d'une équipe interdisciplinaire en gériatrie au niveau local, l'augmentation du nombre moyen d'intervention par usager au soutien à domicile pour la PALV, l'augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services à domicile, la formation des intervenants à l'approche gériatrique, la mise en place d'une équipe interdisciplinaire pour les personnes ayant fait une chute ou à risque de chute, la mise en place du mécanisme d'accès territorial uniformisé pour la ressource intermédiaire, les ressources familiales et l'hébergement longue durée pour la clientèle avec des besoins spécifiques, la révision des critères d'orientation et de priorité d'accès aux services d'hébergement, etc.

Perspective d'ensemble

Ce survol des démarches de projet clinique pour le programme de PALV met en évidence les particularités de chacun des CSSS étudiés, mais aussi quelques points communs. Tous ont en effet inscrit leurs orientations dans les priorités identifiées dans les documents d'orientation du MSSS relativement au maintien en milieu naturel avec le soutien des proches aidants. Tous ont aussi mené leur démarche d'élaboration en utilisant les outils établis par leur agence de santé et de services sociaux. Les particularités des démarches se situent au niveau des mécanismes de participation. Tous les CSSS ont tenu un événement public au cours de l'année 2006, mais ces événements ont eu des portées différentes.

Toutes les démarches ont débuté en 2005 et abouti à des plans d'action en 2007. Tous les CSSS ont aussi confié à des comités sectoriels le mandat d'établir les priorités de chacun des programmes, mais deux CSSS (1 et 3) ont opté pour une approche plus participative et deux (2 et 4) ont donné la priorité au développement des contenus. Au CSSS 1, le processus a débuté par une rencontre publique au cours de laquelle l'information disponible a été rendue publique et douze tables de travail pour autant de programmes ont été formées. Le CSSS 3 bénéficiant déjà de structures de concertation sectorielles y a canalisé son projet et tenu au cours de l'hiver 2006 une double consultation : une rencontre publique et une consultation écrite auprès des partenaires. Au CSSS 2, c'est la direction qui a eu le mandat d'élaborer avec le soutien de comités par programme le contenu du projet clinique qui a été présenté lors d'un événement public à l'hiver 2006. Le CSSS 4 a emprunté une démarche similaire chapeautée par la direction générale et les directions de programme. C'est le résultat qui a été diffusé lors de séances d'information en 2007.

CHAPITRE 3

LES EFFETS DE LA CRÉATION DES CSSS DANS LE PROGRAMME PALV

« On ne parle plus de fusion, maintenant on est à la consolidation. » (1G1) C'est en ces termes que la directrice générale d'un CSSS ouvre notre entretien, nous signalant que c'est un consensus des directions générales de la région de Montréal : les établissements sont maintenant regroupés, l'étape en cours c'est de donner à la chose toute sa portée.

En regroupant les moyens de plusieurs établissements, les CSSS disposent de ressources qui élargissent leur capacité d'action. En contrepartie, ils doivent se donner des outils de gestion plus rigoureux et gérer une structure alourdie. Les directions générales se retrouvent plus loin des opérations quotidiennes. Maintenant que le regroupement est chose faite, le rodage de ces nouveaux établissements est en cours.

Pour plusieurs intervenantes et intervenants sur le terrain, ce processus suscite des tensions. Les pratiques n'ont pas encore radicalement changé; mais la transformation des structures est si importante qu'elle fait anticiper des changements majeurs. Le climat s'en ressent nous dit un cadre : « C'est comme si les gens avaient été tout désorganisés pendant trois ans. Et cette désorganisation-là, dans la peine, dans les deuils, ça implique des pertes et des gains. » (1G4) Les gens venant des CLSC, habitués à desservir une communauté, se retrouvent maintenant dans un établissement desservant plusieurs territoires et dans des équipes où se côtoient diverses façons de faire. Ils avaient l'habitude des remises en question périodiques; ils sont aujourd'hui dans un processus de transformations majeures (2G25).

Au chapitre des gains, on note d'abord l'établissement de relations entre intervenantes et intervenants des divers établissements qui antérieurement ne se connaissaient pas ou se connaissaient mal, ce qui permet d'améliorer la continuité (1G1), et l'établissement de fonctions «horizontales» entre intervenantes et intervenants de l'ensemble du CSSS permettant de mieux soutenir les rapports avec la santé publique et avec les partenaires à l'extérieur du réseau public de la santé et des services sociaux (2G16). Les CSSS sont en fait des acteurs de poids dans leurs communautés, au chapitre des soins aussi bien qu'en termes économiques puisqu'ils sont souvent le plus gros employeur de la collectivité locale.

Au titre des pertes, on nomme d'abord un alourdissement que tous reconnaissent comme inévitable dans des établissements aussi imposants. Les échelons d'encadrement se sont accrus et la centralisation que l'on dit requise pour la reddition de comptes, complexifie et ralentit les décisions et leur mise en œuvre. Au niveau régional, les Agences, censées disparaître dans la Loi 25, ont plutôt pris du galon et gèrent des ententes de gestion qui restreignent sérieusement la marge de manœuvre des directions de CSSS (1G1, 2G25). Ce resserrement de l'imputabilité se traduit au niveau clinique par l'arrivée de nouvelles pratiques permettant de mesurer au quotidien la gestion des programmes. Les intervenantes et intervenants estiment que c'est au prix d'une moindre disponibilité pour des rapports personnalisés avec les utilisateurs des services.

L'analyse doit aussi prendre en compte que la création des CSSS s'inscrit dans le contexte de la mise en place de nouvelles approches dans les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Ces nouvelles façons de faire résultent de politiques décidées antérieurement à la création des CSSS en fonction du vieillissement accéléré de la population et de ce qu'il est convenu d'appeler la nouvelle gestion publique (NGP). Pour les intervenantes et intervenants comme pour les partenaires du milieu communautaire, ces deux niveaux de changement s'additionnent et il n'est pas aisé de départager les contraintes héritées de l'évolution sociale et des stratégies de réponse au vieillissement, de celles engendrées directement par la création des CSSS.

Certains intervenants nous ont souligné les déplacements massifs de gestionnaires et l'arrivée de nouveaux cadres avec leurs exigences nouvelles (4I2). Une organisatrice communautaire a qualifié ces changements d'encadrement de « petite tempête où le vent souffle fort » et comprend la crainte de plusieurs de se retrouver avec plusieurs supérieurs peu familiers avec leurs méthodes de travail (4I4).

3.1 Les rapports avec les partenaires communautaires

A. REGION DE MONTREAL

Dans les deux CSSS que nous avons étudiés, on nous a fait remarquer que les rapports avec les partenaires communautaires sont plus faciles que les rapports entre les établissements regroupés. En fait, les changements mettent de la pression sur les modes traditionnels de gestion (1G2) plus que sur les rapports avec les partenaires. Un hôpital ou un centre d'hébergement qui dessert une population résidente, n'a pas besoin ou a moins besoin d'établir des rapports de partenariat qu'un CLSC ou un GMF (2G19). Cette évaluation mérite cependant d'être nuancée puisque, le processus de regroupement étant particulièrement énergivore pour les directions (1I10, 2G16, 2C27, 2C29), la question des rapports avec les partenaires n'a pas été à l'avant-plan jusqu'à maintenant : il y a du travail à faire sur la capacité de travailler en réseau à l'interne et une volonté de s'entendre avant d'aller discuter avec les autres (2G16). Même les démarches consultatives d'élaboration de

projets cliniques ne semblent pas avoir mis en branle les processus de co-construction des réseaux locaux de services qui devraient normalement être associés à leur mise en œuvre. Le brassage de rapports nouveaux entre les CSSS et leurs partenaires du milieu communautaire et de l'économie sociale demeurerait, au moment de notre recherche, une question encore largement en perspective.

3.1.1 Améliorer des rapports qui sont déjà bons

Les CSSS ont hérité de partenariats déjà établis entre les CLSC et les organismes communautaires. Comme le disait la directrice d'un groupe, « On a toujours eu des liens parce qu'on est nés du CLSC, il y a vingt ans. » (2C29) Cette perception est assez réciproque comme l'indique cette remarque d'un cadre de CSSS :

Dans le fond, moi j'ai toujours cru dans l'investissement des ressources communautaires. Elles sont moins coûteuses, plus près des gens, peut-être pas ouvertes aux mêmes heures que nous autres, mais ce n'est pas grave, quand elles sont ouvertes, elles sont efficaces. (2G25)

Une directrice de CSSS disait pour sa part qu'on ne peut pas « être dans ce quartier sans être partie prenante de ce qui se passe là » (1G5). Il n'y avait pas de modèle unique d'un CLSC à l'autre, mais les arrangements étaient suffisamment satisfaisants pour que la volonté des nouveaux établissements, du point de vue des cadres aussi bien que des responsables d'organismes communautaires, s'exprime d'abord par le souhait d'améliorer ces rapports plutôt que de les changer (1G5, 1C11, 2G17). Quand les groupes sont invités à des consultations, par exemple sur un programme, ils sont présents et, estime une directrice du programme PALV, « satisfaits, en tout cas ils en avaient l'air » (1G2). Un organisme communautaire a souligné la qualité d'écoute de la direction (2C27). Cela n'empêche pas des cadres, des organisatrices et organisateurs communautaires (OC) et des dirigeants d'organismes communautaires d'un territoire de CLSC où la vision du communautaire était particulièrement importante, d'avoir le sentiment que le regroupement a fait perdre quelque chose en termes de proximité avec le milieu (2G16, 2I20, 2G25).

Dans l'un des CSSS, la direction générale a rencontré les organismes communautaires inquiets des effets du regroupement qui créait un seul territoire à partir de trois quartiers distincts dans leurs profils aussi bien que dans leurs organisations. En les assurant du maintien d'une double structure de concertation, la direction du CSSS a amélioré le niveau de confiance des groupes, estime un OC (1I6). Cela s'est vérifié aussi lorsqu'une directrice de programme a voulu unifier les stratégies distinctes en soutien alimentaire de trois quartiers desservis par le CSSS : les organisateurs communautaires (OC) et les groupes s'en sont inquiétés et c'est plutôt une démarche de consultation qui a été entreprise pour tenir compte des réalités existantes (1I6). De la même façon, aux tables de concertation, les

rapports CSSS – groupes communautaires sont bons (1I10) et on a même, dans un CSSS, créé un comité de suivi qui fait le point trois ou quatre fois par année pour assurer le maintien du climat actuel (1G5). C'est ce qui fait dire aux groupes que dans cet établissement, la direction entend ne pas compromettre les acquis avec le milieu communautaire :

Au CSSS la réorganisation clinique ne pouvait pas se faire en jetant par la fenêtre tout ce qui s'était construit dans le passé dans le réseau, avec les partenaires, avec le communautaire. Donc je pense que la directrice générale quand elle est arrivée, au début elle a bien vu ça et elle s'est dit "c'est évident que j'ai besoin du communautaire, parce que c'est une force dans ce quartier-là le communautaire". Des quartiers forts ce sont des quartiers où il y a plus de pauvreté, donc le communautaire s'est davantage développé pour supporter, pour aider à sortir de cette pauvreté-là. La directrice générale était bien consciente dès le départ de ces enjeux-là. C'est sûr que la marge de manœuvre qu'elle va avoir, elle va l'utiliser. Ça c'est clair, on n'est pas inquiets. (1C12)

Par contre, il y a de la méfiance à l'égard du système dans lequel s'inscrit cette relation de confiance : « Mon inquiétude n'est pas tant au niveau des intentions du CSSS, je le sais que le CSSS a de très bonnes intentions, ça marche bien la collaboration. Mais c'est ce qui s'en vient au-dessus, c'est le chapeau qu'il y a au-dessus qui est dangereux. » (1C12)

3.1.2 Des changements tout de même suite à la création des CSSS

Un des changements découlant de la création des CSSS, nous dit une OC c'est que l'organisation du travail favorise moins les contacts directs entre les intervenants et les groupes (2I20). L'alourdissement administratif y est pour quelque chose. Plusieurs entrevues font état du fait que les gens du CSSS en ont plein les bras avec leur processus de réorganisation. Mais il y a aussi la volonté des établissements de confier la représentation dans les conseils d'administration de groupes partenaires ou aux tables de concertation territoriales à des cadres qui sont moins au fait de leur mode de fonctionnement que les intervenants avec lesquels les organismes communautaires étaient habitués de traiter (2I21).

Les CSSS souhaitent établir des rapports de partenariat comme la Loi leur en donne le mandat dans le cadre de la création des réseaux locaux de services. Un CSSS a créé une direction des partenariats, adjointe à la direction générale, avec une responsabilité transversale dans l'établissement (2G16). Les rapports avec les partenaires communautaires prennent alors une dimension politique (2I21). Le CSSS est « le plus gros employeur », c'est « un joueur plus gros, plus important et plus considéré » que ne l'étaient les CLSC qu'il a regroupés, et il entend être présent aux enjeux des quartiers pour tout ce qui concerne la dynamique sociale locale (2G16). Pour un directeur des services en PALV, cela risque de changer des choses à l'avenir, du moins en termes de coordination du travail avec les groupes communautaires (2G17).

Certaines tensions ont d'ailleurs commencé à se manifester au niveau de l'organisation des services. L'arrivée d'un partenaire de grande taille suscite dans certains organismes communautaires la crainte de se faire évincer de certaines interventions et de perdre les subventions rattachées à des services spécifiques (2G18, 2C28). Mais la plus grande source de tensions risque d'être le choc de cultures entre des gestionnaires qui souhaitent « que les organismes communautaires ou certains organismes fassent partie du plan d'intervention et qu'ils soient assis des fois à la discussion des cas » (2G18) et la volonté des groupes de préserver « la relation différente » qu'ils établissent avec les personnes de leur milieu (1C13).

Les organismes communautaires tiennent à faire reconnaître le fait qu'en ce qui les concerne, « ce n'est pas du tout la même mission » (2C28). Un dirigeant d'organisme communautaire exprime l'appréhension des groupes au moment de la création des CSSS : « La plus grande peur qu'on avait honnêtement c'était le réseau intégré. C'est quelque chose qu'on voyait potentiellement venir et qu'on refusait totalement. » (1C12) Certains groupes ont d'ailleurs indiqué leur intention de faire une démarche pour mieux informer les intervenants avec lesquels ils ont des contacts au CSSS et qui ne semblent au fait ni de leur nature et ni de leur contribution propre, « un travail de reconnaissance à refaire » (2C27).

3.1.3 L'harmonisation, un terrain potentiellement conflictuel

La volonté des directions des établissements regroupés, « c'est d'offrir des services équitables sur tous les territoires » (1G3) tout en prenant en compte les particularités des milieux. Du côté des organismes communautaires, il y a une certaine détermination à faire comprendre aux CSSS que « ce n'est pas parce que le territoire fusionnait au plan institutionnel qu'il va fusionner au niveau communautaire » (1C12). Logique d'un service public, d'une part, qui se préoccupe que « pour la clientèle, il n'y a pas le même type d'accès » sur l'ensemble du territoire (1G3), et logique communautaire, d'autre part, qui mise sur l'engagement volontaire des gens et des approches de proximité. Chacune des organisations a ses particularités et la concertation sur une base volontaire repose sur la possibilité de trouver un terrain sur lequel elles pourront « avoir des choses en commun » (1C13).

Cette question est importante. Les CSSS sont devant un paradoxe, car ils doivent concilier des logiques divergentes, l'une locale qui relève du territoire vécu, et l'autre institutionnelle coïncidant avec le territoire administratif. Ils reconnaissent la réalité et l'importance stratégique des particularités locales, mais s'inscrivent dans le mouvement de pression à la standardisation et à l'harmonisation en fonction du territoire administratif. Le processus de regroupement entraîne une volonté des CSSS de formaliser davantage leurs rapports avec le milieu pour des motifs de contrôle administratif bien sûr de même que d'efficacité et d'équité des charges de travail, mais aussi parce que l'unité administrative de l'établissement appelle une uniformisation des services à la population sur l'ensemble de

leur territoire. Un directeur général de CLSC pouvait se permettre de dire : « On n'est pas très procéduriers, mais ça marche! » (2G25), mais pas la direction d'un CSSS dont le mandat est « l'organisation de services et de réseaux intégrés » (1G2). Par exemple qu'il n'y ait pas de popote roulante sur une partie du territoire a un impact sur les services de soutien à domicile que le CSSS va offrir.

Ces enjeux vont se retrouver au centre des tables réunissant les diverses ressources au service des personnes en PALV. Au moment de nos entrevues, ces instances demeuraient l'affaire des OC, les directions étant « happées par des contraintes institutionnelles » (1G3) ou ayant déjà à l'interne, selon l'expression d'une dirigeante d'entreprise d'économie sociale, « beaucoup de cultures à marier » (2C29). Mais maintenant que les regroupements sont faits et que les nouvelles structures se mettent progressivement en place, les rapports des CSSS avec des concertations communautaires différenciées selon leur communauté d'appartenance risquent de soulever davantage de débats. Passer d'un soutien de principe à des projets sectoriels en faveur des aînés, leur permettant d'obtenir une subvention, à « la mise en place d'un réseau local personnes âgées » (2G16), cela va faire jouer des principes différents. Or c'est cette seconde dimension de la concertation qui va prendre de l'importance au cours des prochaines années, selon un directeur, et inciter les directions des PPALV à se rapprocher des tables sectorielles pour les aînés (2G17). Le développement des réseaux locaux « c'est à construire de mon point de vue », nous dit une directrice du CSSS (2G16).

3.1.4 Échelles différenciées de partenariat, ententes de services et autonomie communautaire

Les rapports de partenariat avec les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale se situent donc à au moins deux niveaux différents : celui des concertations territoriales pour le développement communautaire, dans lesquelles les CSSS sont des acteurs majeurs du volet développement social, et celui des concertations sectorielles dans lesquelles les CSSS sont avant tout des dispensateurs de services, en situation de coordination d'un RLS, et en rapport avec des organismes communautaires qui se définissent par une approche différente du soutien à la population. Au premier chef, les CSSS sont des acteurs politiques dans leurs communautés; au second, ils sont des partenaires d'organisations pour lesquelles les services sont d'abord un mode de contribution à des rapports de proximité et au développement de la socialité.

Les ententes de services relevant de rapports sectoriels pour la dispensation de services, leur conclusion met en jeu l'autonomie des groupes communautaires. À la différence du financement à la mission globale qui ne dépend pas d'une reddition de comptes sur des activités particulières, et qui convient particulièrement bien à des organisations où le service est un moyen et non une fin, le financement contractuel des ententes de services entraîne une reddition de comptes. Or, comme le précise une directrice générale de CSSS,

« On ne peut pas être partenaire si on est un bailleur de fonds » (1G1). La culture du réseau de la santé et des services sociaux est actuellement fortement caractérisée par une conception contractuelle de l'imputabilité comme en font foi les ententes de gestion liant les CSSS et les Agences.³ Les responsables des organismes communautaires que nous avons rencontrés, tiennent à ce que le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) continue à relever de l'Agence pour protéger leur autonomie tandis que des CSSS souhaitent des ententes contractuelles avec des groupes ou des entreprises d'économie sociale pouvant agir comme promoteurs de ressources intermédiaires (RI) (2I21) ou dispensateurs de services afin de compléter les réseaux intégrés (1C12).

« Des ententes de services, il n'y en a pas », nous dit une directrice de ressource communautaire (2C29). « Pour le moment nous, le réseau bénévole, on n'a pas été approchés encore pour les ententes de services. » (2C28) Même son de cloche de la part d'une direction de CSSS : « Les seules ententes de services qu'on a fait ce n'est pas avec du communautaire. » (1G1) Et le communautaire et les directions affirment donc l'absence d'ententes de services, mais cela n'empêche pas les craintes d'exister pour l'avenir. « Moi je pense qu'il va y avoir développement d'une multitude d'ententes de services » (1I10), nous dit un intervenant social. Un dirigeant d'organisme communautaire estime que : « Maintenant il y a une nouvelle donne qui s'en vient. Les CSSS veulent et ils font des pressions pour avoir des enveloppes comme du département de la Santé publique et ils vont [...] après ça les répartir à des groupes communautaires. Ça va être un rapport de bailleur de fonds. » (1C12) Ces perspectives soulèvent des inquiétudes renforcées par les mises en garde des fédérations régionales d'organismes communautaires par rapport aux orientations affichées par le MSSS et l'Agence (2C29). Pour le milieu communautaire, l'enjeu c'est « de défendre et de faire la promotion de notre autonomie, de notre vouloir de conserver notre capacité de concertation de qualité avec le CSSS. C'est toujours quelque chose qu'on a l'impression qu'il va falloir défendre constamment. » (1C12)

Pour le moment, ce qui existe ce sont des ententes de partenariat ou de collaboration qui n'ont de portée que sur la qualité des services aux populations en PALV, comme le précise cette remarque d'une directrice d'entreprise d'économie sociale : « on s'engage mutuellement à fournir des informations, communiquer entre nous s'il y a des problèmes. » (1C11) Autre exemple d'entente de partenariat, le soutien d'un CSSS à l'étude de pertinence pour la création d'une nouvelle ressource en intervention de milieu dans les ensembles locatifs pour les personnes âgées :

³ La création des CSSS n'est pas le seul facteur de cette logique dominante puisque certains CLSC avaient des ententes de services dans le cadre du Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) qui étaient construites en concertation, comme c'est le cas entre la DSP de Montréal et les organismes communautaires intervenant sur les Infections transmises par le sang et la sexualité (ITSS). De plus, l'AQESSS propose des ententes de collaboration entre CSSS et organismes communautaires qui sont différentes des ententes de service formelles.

Avec le CSSS, on a créé un comité conjoint CSSS/partenaires communautaires du territoire qui étaient intéressés par l'intervention de milieu. Le CSSS a engagé une ressource professionnelle pour faire la rédaction du rapport final. On a fait un travail sur un an qui a abouti à un cadre d'émergence en intervention de milieu. (1C12)

Du seul point de vue communautaire, certaines situations constituent d'ailleurs des ouvertures à un mode davantage contractuel d'organisation pour certains services essentiels comme l'alimentation. Par exemple au niveau des popotes roulantes, la diminution du nombre de personnes bénévoles entraîne un mouvement « vers une centralisation des services, vers des cuisines regroupées avec des satellites qui vont redistribuer les repas. » (2C27) Les organismes communautaires y parviendront-ils sur leurs propres bases, en développant des entreprises d'économie sociale ou bien ces services passeront-ils à l'entreprise privée? Dans tous les cas, « les CSSS vont acheter des services, mais ça enlève tout ce qui est bénévolat. » (2C27)

B. REGION DU SAGUENAY

Le CSSS-4 de création récente et le CSSS-3 fonctionnant depuis près de dix ans manifestent d'importantes différences en regard des réalités vécues par les acteurs de chacun de ces centres, ainsi que leurs perceptions quant aux retombées de la fusion des établissements sur les rapports avec les partenaires communautaires. Au sein du CSSS-3 les personnes se sont mieux adaptées qu'au sein du CSSS-4, et peu de difficultés y ont été mentionnées alors qu'elles s'avèrent plus nombreuses au CSSS-4. Par contre, plusieurs acteurs au sein des deux centres étudiés reconnaissent à la création du CSSS des incidences positives sur les liens qu'entretient l'établissement avec la communauté.

3.1.5 Au CSSS 4, de création récente

a) Des rapports à établir ou rétablir

Un des principaux éléments qui se dégage des entrevues réalisées au CSSS-4 est le fait que la structure organisationnelle de l'établissement est devenue très imposante. Les acteurs du CSSS se font plus nombreux, et les partenaires communautaires doivent apprendre à transiger avec un plus grand nombre d'intervenants, provenant tant du milieu hospitalier que du CLSC : travailleuses sociales, organisateurs communautaires, nutritionnistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, infirmières, infirmières auxiliaires, auxiliaires familiales et sociales, médecins et autres. Cette situation crée pour les organismes communautaires une impression de ne plus s'y retrouver, et de ne plus situer aussi aisément le type de collaboration attendu par la nouvelle structure. « Parce qu'en devenant plus gros, [...] tu te sentais un peu perdue » (4C1).

Une représentante d'organisme communautaire constate une différence entre le type de relation promu dans les politiques et celles qui sont observables sur le terrain. « Ce qui est

écrit, bien ça doit être le partenariat, ça doit être équitable pour l'un et pour l'autre. Mais souvent on ne le sent pas » (4C1). Les organismes doivent donc s'imposer davantage pour se faire entendre. « Il faut s'imposer plus pour arriver à ce que ça soit bien compris d'eux autres » (4C1). Elle relie cette situation à la création du CSSS : « C'est plus présent depuis que c'est fusionné » (4C1).

La création du CSSS-4 a entraîné des mouvements de personnel au niveau des gestionnaires. Plusieurs intervenants au sein de la mission CLSC, ont changé de poste ou ont pris leur retraite, contraignant les organismes communautaires à travailler avec de nouveaux représentants du CSSS. Selon les personnes rencontrées, les nouveaux cadres intermédiaires provenant majoritairement du milieu hospitalier, sont peu familiers avec la culture organisationnelle du CLSC et ont peu travaillé avec les organismes communautaires. Les gestionnaires connaissent donc peu la mission, les objectifs et le fonctionnement des organismes communautaires : leur identité, les services offerts, leur mission, le type de collaboration pouvant exister entre ces derniers et le CSSS, ainsi que leur contribution potentielle pour améliorer la santé de la population. Une gestionnaire se demande même si ces derniers se montrent préoccupés par la réalité des organismes communautaires : « Ils ne voient pas l'importance que le communautaire a vraiment » (4G1). Elle constate que les cadres intermédiaires ne connaissent pas les organismes : « La première fois que j'ai travaillé avec le CSSS dans des dossiers, ils ne savaient pas ce que ça faisait un organisme communautaire » (4G1). Il est en effet difficile de reconnaître la contribution d'un partenaire dans l'offre de services à une clientèle si on ne connaît pas les services qu'il offre.

Ces nombreux mouvements de personnel au sein du CSSS-4 obligent donc les organismes communautaires à se faire connaître de nouveau aux intervenants des différents programmes et services du CSSS : « Et c'est comme un peu tout à recommencer parce qu'il y a beaucoup de monde qui a changé de chaise. Il faut tout recommencer notre histoire » (4C4). Les organismes communautaires se disent conscients que cette responsabilité leur incombe. « C'est moi qui va devoir faire les premiers pas, comme on faisait avant » (4C4).

C'est ainsi, selon une intervenante, que les organismes communautaires associés au programme PALV ont choisi d'être proactifs : « Les gens du communautaire avaient pris les devants » (4I4) en demandant, peu de temps après la création du CSSS, une rencontre avec les gestionnaires dans le but de faire connaître les besoins de la population, de se faire connaître et de démontrer leur volonté de collaborer. « On va aller partager la vision des besoins des personnes sur le territoire [...] ils auront une connaissance plus fine du terrain, [...] on pourra leur démontrer notre bonne volonté pour travailler avec eux autres » (4I4). Les réactions des gestionnaires, quoique « au début ils étaient un peu sur leurs réserves » (4I4), se sont avérées positives par la suite : « ça s'est terminé de façon bien correcte et les gens étaient satisfaits » (4I4). Cette intervenante mentionne qu'elle espérait que, suite à ces

rencontres, les gestionnaires démontrent davantage d'intérêt car « Il y a rien eu à date pour faciliter les rapports avec les partenaires communautaires [...] il n'y a eu personne qui les a encouragés à le faire, l'établissement n'a pas encouragé non plus à faire ça » (4I4). Le partenariat est demeuré une responsabilité individuelle : « c'est resté à la volonté des gestionnaires de premier niveau qui selon leurs propres intérêts, habitudes, sensibilité ou croyances, ont gardé des liens ou fait des choses » (4I4).

Pour certaines gestionnaires, la réorganisation du réseau, suite à la création du CSSS, oblige à se connaître, se reconnaître et s'approprier. « Ça fait peut-être partie de la phase d'appropriation d'un milieu par rapport à un autre, se connaître, se reconnaître » (4G3). Cette étape nécessite donc une phase de dialogue, de se réapproprier la connaissance du milieu. « Il faut apprendre à dialoguer, à composer avec le milieu, à tenir compte de la volonté du milieu » (4G1).

Un responsable d'organisme communautaire exprime également une certaine crainte que leur représentation sur les diverses tables de concertation soit diluée, au profit d'une plus grande participation de la part du CSSS : « Je m'aperçois que le CSSS, il embarque plus de monde sur la table ». Il note l'arrivée d'intervenants « du CSSS et de l'hôpital, avant c'était seulement l'Agence qui venait là et le CLSC [...] ça amène une autre dimension » (4C1). Une gestionnaire reconnaît que les organismes ressentent cette crainte et que celle-ci s'avère légitime. « Il y a une crainte qui [...] serait légitime [...] de se faire bouffer par le réseau » (4G4). Autant les représentants du milieu communautaire que du CSSS s'entendent pour convenir que leurs visions respectives des besoins et des moyens sont très différentes. « Ils ne voient pas ça du même point de vue que toi, parce que toi tu vois ça selon le problème de la population. Tandis qu'eux autres voient ça en haut là » (4C1). Une gestionnaire confirme la différence de perception entre les organismes communautaires et les gestionnaires. « Ils ne sentent pas la même compréhension, la même perception des choses » (4G1).

Ce travail de concertation avec le milieu entraîne des contraintes selon une gestionnaire. « Il y a beaucoup plus de réunions [...] beaucoup de temps en réunion, ce qui laisse beaucoup moins de temps pour avancer certains dossiers » (4G3). La vision du communautaire s'avère différente, alors que certains ne se sentent pas réellement consultés. « Quand il y avait des consultations, [...] souvent c'était tout déjà planifié et accepté dans ce sens-là » (4C1). Cette situation entraîne de la frustration pour les représentantes d'organismes communautaires. « Pourquoi nous demander notre avis quand tout était décidé, c'était un peu frustrant » (4C1). Ou encore, cette situation peut entraîner une impression de perte d'identité au sein d'un réseau intégré de services. « Il va te dire quoi faire [...] tu perds ton identité d'organisme communautaire » (4C1).

Finalement, deux gestionnaires ont mentionné craindre que la création du CSSS ne dilue l'expertise développée par les CLSC en matière de concertation avec le milieu. « On était un CLSC qui était très communautaire » (4G2). Ce qui pourrait, selon une autre gestionnaire, avoir un impact négatif pour les organismes communautaires. « Les organisations communautaires sont plus soucieuses, elles sont plus inquiètes [...] parce qu'au CLSC on avait une expertise [...] un historique de collaboration [...] il y avait un partage d'une philosophie, une vision sociale du milieu » (4G1). Il sera donc nécessaire de s'assurer que les nouveaux intervenants puissent poursuivre dans cette même voie. « Il faut que ces gens-là se réapproprient un peu l'approche communautaire », il faut « établir des liens avec les organismes et consolider tout ça » (4G1). Cette gestionnaire reconnaît un sentiment d'insécurité vécu par les organismes communautaires. « Le souci ou l'inquiétude actuelle des organisations communautaires, c'est de ne plus avoir cette proximité-là avec une organisation » (4G1).

Les modalités de communication entre les intervenants et les organismes communautaires s'avèrent différentes selon les personnes interviewées et le vécu de chaque personne. Si certains constatent « qu'il y a eu une diminution » (4I1), d'autres font « souvent appel à eux et cela reste pareil. » (4I3). Selon une représentante d'organisme communautaire, la communication s'avère plus constante « avec les intervenants du CLSC » (4C4) qu'avec ceux du centre hospitalier ou du CHSLD, l'historique de collaboration s'étant établi avec le CLSC auparavant. À l'exception du département des soins palliatifs, « dans le reste de l'hôpital on n'est pas demandé » (4C4). Par contre, toujours selon cette répondante, la communication semble unidirectionnelle. « Si nous autres on ne rappelle pas, ils ne nous rappelleront pas » (4C4). La reconnaissance des organismes communautaires n'est donc pas acquise et leur contribution doit toujours être promue auprès des acteurs d'établissements moins familiers avec l'intervention dans les milieux de vie. Cependant, une intervenante mentionne que la reconnaissance des organismes communautaires par d'autres collaborateurs n'a pas changé et que les liens entre eux sont demeurés aussi bons qu'auparavant. « Individuellement, comme intervenant, ça n'a rien changé. On les reconnaît autant. On avait de bons liens. » (4I1).

b) Une continuité qui n'est pas acquise

Des gestionnaires manifestent la volonté de poursuivre les collaborations et le partenariat avec le communautaire, qui apparaît comme incontournable. « Le partenariat on veut le continuer, c'est bien parti, il faut le faire » (4G4). Une gestionnaire allègue que « le ministère a quand même une préoccupation réelle à l'égard du communautaire » (4G1), mais « Au niveau local ça pourrait être plus problématique à cause de la dimension, de la place importante de la santé physique » (4G1).

Certains organismes n'identifient pas de changements suite à la création du CSSS, car pour eux ils doivent toujours répondre aux mêmes demandes, aux mêmes besoins de leurs

clientèles. « Nous autres, les demandes ont continué, donc on n'a pas vu de changement » (4C3). Si certains changements peuvent être perçus, ils n'ont influencé ni positivement ni négativement les organismes. « On n'a pas vécu de changement ici pour nous déstabiliser » (4C3). Pour une gestionnaire, aucun changement ne pouvait être perçu par les organismes, car « leurs intervenants, leurs vis-à-vis restaient les mêmes » (4G4). Alors qu'au contraire, les représentantes des organismes reconnaissent l'impact engendré par les mouvements de personnel. « Le changement [...] on l'a vécu indirectement [...] les intervenants ont changé d'endroit, ils ont été relocalisés dans un secteur, il y a eu beaucoup de départs à la retraite » (4C3). Ces départs à la retraite jumelés à la réorganisation des services questionnent une intervenante qui mentionne que, jusqu'à maintenant, « les personnes responsables du programme PALV sont les mêmes » et qu'elles « avaient de bons rapports avec le milieu communautaire », mais elles « auront quitté en juin 2008 et on verra donc arriver de nouvelles personnes en même temps qu'on verra la mise en place plus concrète du programme PALV comme tel. Alors ça, je ne sais pas trop qu'est-ce que ça va donner » (4I4).

Les liens de communication n'ont pas changé depuis l'avènement du CSSS. Un comité restreint existait avant la création du CSSS, où siégeaient des représentants d'organismes communautaires, l'organisatrice communautaire du CLSC et une gestionnaire. Ce comité est demeuré opérationnel même après la création du CSSS. « C'est un lieu qui favorise les échanges et qui permet de régler assez rapidement les difficultés, quand elles apparaissent » (4I4). Ce comité « n'a pas perdu de sa popularité, ni de son importance » depuis l'avènement du CSSS (4I4).

c) Respect de l'autonomie

En ce qui concerne l'autonomie des organismes communautaires, peu de personnes identifiaient, au moment de réaliser les entrevues, des changements réels. Si une TS interviewée affirmait « Dans ma perception, ça n'a pas changé vraiment » (4I4), un intervenant d'organisme communautaire estimait qu'« Il faut toujours être à l'affût » (4C1).

Pour quelques gestionnaires rencontrées, le respect de l'autonomie des organismes s'avère crucial. « C'est [...] essentiel [...] le respect de l'autonomie [...] les organismes communautaires vont défendre ça aussi à tour de bras » (4G2). Leur statut d'association en est la garantie : « Je pense qu'ils sont encore décisionnels, ils ont encore leur conseil d'administration » (4G1). Cette autonomie se confirmerait du fait que « Les organismes communautaires n'ont pas changé leur approche » (4G2). Cette autonomie elle l'estime nécessaire car « c'est juste comme ça qu'on va garder la force du communautaire » (4G2). Cette défense de l'autonomie des organismes communautaires par les cadres de CSSS semble effectivement se traduire dans les pratiques. Une représentante d'organisme communautaire reconnaît qu'« Il y a des choses qui sont imposées, mais ils nous laissent quand même, surtout l'Agence, assez de liberté » (4C1).

d) Les ententes de services

En ce qui concerne les ententes de services, plusieurs personnes rencontrées ne pouvaient se prononcer sur le sujet, faute de connaissance et d'expérience, le principe d'ententes de services avec le CSSS étant nouveau pour plusieurs. Par contre, certains organismes émettaient des réserves. « Il faut faire attention dans les ententes de services » (4C1). L'établissement ne semble pas tout à fait prêt à s'investir dans un véritable partenariat de développement de services avec les organismes communautaires. Une première expérience vécue par un organisme s'est avérée négative car, à la suite d'une demande formulée par l'établissement, l'organisme a présenté une offre de services qui a été rejetée par l'établissement, ce dernier prétextant ne pas être prêt à s'engager dans le projet. « On a mis beaucoup d'efforts à ce que ce projet-là se réalise, mais dans le fond de leur côté ce n'était pas nécessairement arrêté comme projet » (4C3).

Selon une gestionnaire du CSSS-4, plusieurs ententes de service ont déjà été signées depuis la création du CSSS : « Il y a un partenariat qui est important, il y a des ententes de services au niveau de la prévention-promotion, on a – ce n'est pas exclusif aux services aux personnes en perte d'autonomie – vingt-cinq (25) ententes de services signées avec nos organismes communautaires du territoire, dans lesquelles ils ont à définir et à identifier des clientèles en prévention promotion et à se donner une reddition de comptes importante. Donc il y a des ententes de services formelles » (4G4).

Dans la perception des organismes communautaires, les ententes de service n'ont pas toutes le même niveau de formalisation. «Souvent c'est formel, souvent c'est informel» (4C1). Pour une gestionnaire, la formalisation des ententes est une condition essentielle et une conséquence normale liée au soutien financier offert par le CSSS. « Ce sont les sous qui viennent avec ça. [...] Ça se formalise et c'est correct que ça se formalise davantage » (4G4). Ce qui n'empêche pas, selon celle-ci, qu'il faille en même temps « trouver l'équilibre [...] et une flexibilité » car le partenariat, « il faut qu'il soit volontaire » (4G4).

Une gestionnaire met en perspective que le CSSS accorde un certain financement aux organismes dans la mesure où les projets soumis respectent les critères établis par le ministère. « On assure un peu plus de financement en autant que ça va dans le sens des objectifs, des grandes orientations ministérielles » (4G1). L'importance de respecter et de maintenir l'autonomie des organismes communautaires est donc secondarisée au profit de l'atteinte des objectifs du réseau. Une autre gestionnaire mentionne que les organismes communautaires relèvent encore de l'ASSS, mais que cette dernière consulte de plus en plus le CSSS concernant les projets développés et à développer. « Il y a beaucoup plus d'approches de l'Agence vers le CSSS pour se prononcer sur certaines affaires qui concernent le communautaire. [...] le CSSS se prononce beaucoup plus. » (4G2). Pour celle-ci, cette nouvelle procédure de consultation pourrait modifier le rôle et la mission des

organismes communautaires et s'avérer inquiétante. « Est-ce que c'est à risque? Je ne peux pas le dire, c'est nouveau » (4G2).

3.1.6 Au CSSS 3, créé depuis près de 10 ans

Au CSSS-3, le regroupement s'est réalisé il y a près de dix ans de façon volontaire. La taille de ce CSSS est plus petite. Une intervenante sociale mentionne que le nombre restreint d'organismes présents sur le territoire fait en sorte que les gens se connaissent, ce qui rend les rapports assez cordiaux et faciles : « Je pense que le respect mutuel est vraiment présent et c'est à la base des échanges entre les groupes et les représentants de l'établissement » (3I1). Selon les intervenantes, aucun encouragement ne semble nécessaire afin de les inciter à collaborer avec le réseau communautaire. « Je dirais qu'on n'a pas vraiment besoin d'être encouragées ou d'être sensibilisées parce que c'est déjà là, c'est déjà en place et on travaille avec eux autres régulièrement » (3I3).

On constate une grande reconnaissance des organismes communautaires et une volonté de consolider les relations avec ceux-ci. Une intervenante en témoigne : « Il y a toujours la volonté de la direction générale de collaborer et de s'assurer aussi de saines relations avec les partenaires du milieu, dont le réseau communautaire » (3I1). Pour une gestionnaire, « La fusion n'a pas de lien avec le partenariat [...] on l'a faite pour les services à la clientèle, pas pour nos relations avec les partenaires ». Elle considère que « Le réseau local de services, lui, il est fait pour qu'on travaille plus en partenariat » (3G2) La création du CSSS s'étant effectuée avant l'adoption de la Loi 25, elle n'établit pas le lien direct entre la fusion et la création des réseaux locaux de services qui découle davantage de la création du CSSS et de son mandat

Selon un représentant d'organisme communautaire (3C1), la création des CSSS a entraîné des effets positifs en termes d'intégration des réseaux locaux de services (RLS) : consultation avec la nutritionniste pour améliorer la carte des menus, collaboration avec l'organisateur communautaire pour adhérer au programme d'achats en groupe (CRAG) permettant une économie substantielle de 9 % à 12 % sur le prix des denrées alimentaires.

Le processus de collaboration semble ouvert, efficace et bidirectionnel selon une représentante d'organisme communautaire : « Quand ce n'est pas nous qui demandons des services, c'est eux qui nous demandent des services. On a une belle collaboration » (3C4). Et les gestionnaires abondent dans le même sens : « Et là, les échanges sont mutuels » (3G3).

La crainte que la représentation aux tables de concertation soit diluée s'est également manifestée au CSSS-3, mais s'est dissipée avec le temps. « Je pense qu'avec les années, peut-être ce qui est tombé, ce sont des craintes que lorsqu'on travaille en partenariat, on

risque de les envahir. C'était peut-être présent pour certains organismes il y a quelques années, mais là on travaille vraiment ensemble » (3G3).

Pour une autre gestionnaire, la création des CSSS a permis de légitimer le leadership du CSSS. « Oui, ça a augmenté la formalisation, dans le sens [...] de légitimer le leadership du CSSS » (3G2). Si, dans l'immédiat, les organismes se montrent confiants, certains émettent quelques réserves pour le futur : « Je n'ai pas l'impression en tous les cas qu'on est forcé de réaliser leurs demandes. Mais ça peut venir » (3C1).

3.1.7 La complémentarité dans les deux CSSS du Saguenay

Certaines personnes rencontrées voient des aspects positifs à la création des CSSS, en termes de développement de services et de complémentarité. « Il faut vraiment développer et les partenaires idéaux pour ça c'est le communautaire » (4G2). À titre d'exemple concret elle mentionne : « Ils ont développé un centre de jour » (4G2). Cette complémentarité est reconnue. « D'abord, je pense que personne n'a intérêt à empiéter sur le terrain de l'autre parce que les organismes communautaires font du travail que nous ne pourrions pas faire » (3I2). De nouvelles tables de concertation ont été constituées depuis la création du CSSS : « Il y a des tables formelles qui ont été constituées pour aider tout le continuum de soins » (4G4), telle « la table des aidants naturels, cela fait deux ans » (4G2).

La complémentarité des services entre l'établissement et les organismes communautaires est reconnue au sein de chacun des CSSS et est exprimée différemment selon le niveau hiérarchique des personnes ou selon leur provenance. Ainsi, certaines gestionnaires reconnaissent facilement l'expertise développée par les organismes communautaires : « Comme réseau, nous avons à profiter positivement de leurs connaissances et de leur expertise du milieu » (4G4). Selon une gestionnaire cette complémentarité apporte une meilleure compréhension des besoins, « ils observent des besoins, ou des particularités, des projets sur lesquels il faudrait se pencher, l'ouverture est là à travailler ensemble » et entraîne la création de projets adaptés aux besoins, « on se parle régulièrement de l'organisation des services pour la même clientèle, les difficultés qu'ils peuvent avoir de différents ordres, des difficultés que nous on peut avoir pour réussir à répondre aux besoins de la clientèle » (3G1).

Pour les intervenantes, les interventions réalisées par les organismes communautaires sont à la fois spécifiques et différentes de celles du CSSS : « J'ai toujours été très reconnaissante de ce que le communautaire peut apporter justement à la communauté et que le réseau ne pourrait pas faire parce qu'ils n'ont pas la même mission, ils n'interviennent pas avec les mêmes moyens » (3I2). Cette complémentarité permet de varier les solutions et de mieux répondre aux multiples besoins vécus par les personnes en perte d'autonomie. « Un problème, il y a souvent plusieurs façons de l'aborder et il y a beaucoup de partenaires qui peuvent apporter » (3I2). Cette complémentarité peut apporter un soutien aux services

offerts par le CSSS : « Ils se trouvent à combler [les besoins d']une partie de notre clientèle » (4I2).

Cette collaboration est très présente au CSSS-3 et se réalise de façon naturelle : « On les utilise beaucoup. On travaille beaucoup avec eux autres » (3I3); et efficace : « Tout ça se fait de façon assez efficace » (3I1). Pour une représentante d'organisme communautaire, le lien de proximité développé avec la clientèle permet d'alimenter le réseau de la santé en apportant une meilleure connaissance des besoins des personnes en perte d'autonomie. « Il n'y a personne qui est aussi présent que nos aides familiales. Les informations qu'elles nous transmettent c'est une mine d'or pour le réseau de la santé » (3C3). Pour une autre représentante d'organisme communautaire, c'est la notion de partage et de complémentarité des services qui suscite l'intérêt : « Ça j'ai trouvé ça intéressant [...] comme organismes qui touchent tous la même clientèle [...] on est assis aux mêmes tables, on partage et on offre des services différents » (4C2).

3.1.8 Au terme de l'analyse au Saguenay

Au chapitre des principaux changements, notons d'abord du côté des limites, la création de structures plus imposantes, les mouvements de personnel au sein des structures de gestion, la crainte de diluer l'expertise développée par les CLSC, ou celle de la perte d'identité de la part d'organismes communautaires. Du côté des éléments positifs, il faut souligner la complémentarité des services, la volonté de collaborer et le respect de l'autonomie des organismes. Au chapitre des questionnements, la comparaison entre un regroupement effectué il y a dix ans et celui qui est en cours depuis quatre ans, montre des écarts importants. Faut-il les considérer tous dans une perspective d'appropriation du changement que seule la durée permet de réaliser? Ou bien y a-t-il lieu de considérer aussi la taille du CSSS et du territoire sur lequel il évolue qui facilite les rapports entre les intervenants?

Les entrevues avec les répondants des CSSS et des organismes partenaires font ressortir des inquiétudes manifestes quant aux exigences de s'adapter, se faire connaître et communiquer. Les préoccupations quant au respect de l'autonomie, à la complémentarité des services et aux ententes de services reposent sur le fait que tout n'est pas joué aux premiers stades de la création d'un CSSS. Faut-il interpréter le discours du nouveau CSSS sur les ententes de services comme une démonstration que celles-ci installent une hiérarchie entre le CSSS et les organismes communautaires, ce qui nous éloigne d'une relation de type partenarial?

3.2 Changements dans la pratique psychosociale

A. REGION DE MONTREAL

La transformation de l'offre de services psychosociaux aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement a débuté avant le regroupement des établissements dans les CSSS. Dès février 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait *Chez soi : le premier choix, La politique de soutien à domicile* qui définit l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC) comme mécanismes de standardisation des pratiques de soutien à domicile auprès de toutes les clientèles et dans tous les CLSC (MSSS, 2003 : 18). Cet énoncé de politique précise en outre les balises dans la répartition des responsabilités entre le CLSC, le programme d'allocation directe, les entreprises d'économie sociale et les organismes communautaires (Idem : 20-21). La politique prévoit que la coordination des services doit être confiée au « professionnel le plus significatif » de l'équipe de soutien à domicile du CLSC (Idem : 22).

Le contexte des CSSS constitue cependant une situation nouvelle susceptible de favoriser voire d'accélérer cette transformation, notamment en intégrant l'ensemble des établissements dans un continuum institutionnel de services de la première ligne jusqu'à l'hébergement en passant par les soins de courte durée. Le ministère a d'ailleurs publié, en 2004, *Chez soi : le premier choix*. Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile « en tenant compte du projet organisationnel en cours de développement ». On y réaffirme le choix du ministère « quant à l'utilisation de l'OEMC qui est un outil standardisé, valide et fiable » (MSSS, 2004 : 15) et on rappelle que la « Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux réaffirme la responsabilité des instances locales [les CSSS] à l'égard de la population » (Idem : 19). Nous avons voulu voir comment évolue la pratique des travailleurs sociaux dans les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) dans les deux CSSS de la région de Montréal où a été menée l'enquête.

3.2.1 Les changements dans l'offre de services

Un premier effet du regroupement des établissements dans les CSSS a été de constituer un nouveau territoire de référence sur lequel subsistent toutefois des caractéristiques des territoires de CLSC. Le point de vue d'un cadre campe bien la position des directions sur ce plan : « Il est certain que la population du quartier sud est beaucoup plus démunie que ne peut l'être celle des quartiers au nord. Mais, de façon particulière, quand on regarde la clientèle, je ne penserais pas que ça a beaucoup d'impact sur la programmation parce que, nonobstant tout ça, il y a une clientèle similaire sur les trois territoires, des personnes âgées en perte d'autonomie. » (1G3) Dans cette perspective, la préoccupation de la direction est d'équilibrer l'offre de services : « Il faut regarder les volumes de travail par usager, le volume de travail par intervenant et le nombre d'usagers desservis [...] pour essayer de

répartir les ressources le mieux possible entre les trois territoires. Mais on n'aura jamais la recette magique.» (1G3) Un travailleur social considère en effet qu'«on est en train d'harmoniser les pratiques, alors on a baissé les heures de tout le monde.» (1I10)

Cela entraîne aussi moins de considération pour les caractéristiques des communautés : «Quand tu regardes le contenu des principes qu'il y a là-dedans, il y a une reconnaissance des communautés. Mais en même temps, tu le sens dans le discours, il faut harmoniser les choses. [...] On est rendu un CSSS, un territoire et c'est comme ça que ça marche.» (1I7) En fait, il y a une tension entre une standardisation des services explicitement requise par le ministère et renforcée par le mandat des CSSS, que portent les cadres, et une adaptation des services aux réalités locales qui prévalait dans les CLSC, que privilégient les intervenantes sociales. Les directions gèrent en quelque sorte la transition vers l'harmonisation de l'offre de services alors que les intervenants sociaux considèrent que l'approche populationnelle devrait prendre en compte les différences.

Le principal avantage du regroupement c'est de dégager un espace pour une offre de services qu'un seul CLSC n'aurait pas été en mesure d'offrir : « Dans la mesure où on a trois CLSC [...] on a une intervenante sociale qui travaille avec les intervenants de milieu [...]. C'est sûr que si on demandait à chacun des CLSC de supporter, ça peut être lourd. » (1G4)

Des équipes interdisciplinaires sont constituées dans l'un des CSSS et en voie de constitution dans l'autre. Leur mission sera davantage orientée vers la gestion de cas et, comme le dit une directrice générale, « ça devrait s'intensifier quant à moi » (1G1). Pour un travailleur social, c'est préoccupant : « Je pense que ma principale inquiétude c'est de s'éloigner de la population, que ça devienne de plus en plus institutionnel. » (1I8) Une crainte partagée par un intervenant de groupe communautaire : « Toute la réorganisation du CSSS ici a diminué la capacité des équipes de travailleuses sociales et des intervenantes du CSSS à faire du dépistage. Déjà cette capacité-là n'était pas à son maximum du temps des CLSC, mais ça a encore diminué. » (1C12).

Vu par des travailleurs sociaux, l'élargissement de l'offre de services crée aussi des problèmes :

Maintenant avec un horaire sur sept jours, il y a un roulement du personnel et puis on travaille avec des gens en perte d'autonomie, des gens qui ont des pertes cognitives, dans des dossiers où il y a de l'abus, dans toutes sortes de dossiers. Alors ça fait que la nouvelle organisation des horaires, en voulant avoir une plage plus large, a comme conséquence que, oui on donne des services plus larges, mais de moins bonne qualité (1I10).

En fait, un horaire sur sept jours empêche de stabiliser les auxiliaires familiales dont le lien avec les personnes en PALV est toutefois important. La problématique est amplifiée quand

c'est un système informatisé qui est utilisé pour organiser les horaires et que la personne qui l'applique « ne connaît pas les clients » et ne peut donc pas favoriser la stabilité des interventions : « on tombe un peu dans le fordisme » (1I10).

Autre changement, l'arrivée des ressources intermédiaires, des établissements privés d'hébergement recevant un soutien professionnel du CSSS, « crée comme une espèce de zone d'incertitude au sens où ce sont de nouvelles ressources. Ça oblige les travailleurs sociaux à découvrir c'est quoi une ressource intermédiaire » (1G3) Le problème souvent identifié en regard de ces ressources c'est une mise en place qui ne suit pas le rythme des besoins créés par les choix de l'ASSS de Montréal. Celle-ci a en effet décidé de réduire de 2 000 lits l'offre de services en hébergement et de relever de 2,5 à 3,5 heures par jour la durée de soins requise comme seuil d'admission dans les centres d'hébergement, ce qui fait dire à un cadre : « C'est récent parce que c'est l'automne dernier [2007] et ça nous est arrivé comme un cheveu sur la soupe avec une annonce de dix jours, même pas. [...] Oui ça a créé des frustrations et ça crée un maintien à domicile qui est plus exigeant et qui va aussi frustrer des proches qui s'attendaient à ce que leur parent puisse être hébergé à court terme. » (2G19) Le problème c'est que « les ressources non institutionnelles ne se développent pas au même rythme que l'accès à l'hébergement diminue et [...] que les développements de services à domicile ne suivent pas nécessairement. » (1G3). De plus ce changement survient dans un contexte où « on a une clientèle qui s'alourdit énormément » de telle sorte qu'« on est confrontés à une gestion de risques à domicile qu'on n'avait pas autrefois » (2I23).

Autre problème des ressources intermédiaires, la qualité des services qui y sont dispensés : « Dans notre secteur, ça vient de foirer, ça ne marche pas parce que l'établissement en question ne répond pas aux critères présentement. » (2I23). Cette évaluation est confortée par la décision « des médecins de notre hôpital, de notre CSSS qui boycottent cette ressource-là. » (2I23) Si le geste est accessible au médecin qui « a le pouvoir de signer un congé ou pas », les travailleurs sociaux n'ont pas la même latitude et ils sont d'autant plus mal à l'aise qu'ils savent que « cette ressource-là, c'est quand même géré par notre staff » (2I23). Le CSSS doit en effet mettre à la disposition de ces établissements des ressources professionnelles en soutien :

On a des travailleurs sociaux qui sont partis d'ici pour aller prêter main forte pendant deux mois. On a une super intervenante ici qui est partie là-bas. Elle nous appelle : « Ça n'a pas de sens! Qu'est-ce que je fais ici? » [...] je ne suis pas sûr que c'est un plus pour les services psychosociaux. (1I6)

Il semble donc, selon les informations recueillies au moment de notre cueillette de données au printemps 2008, se créer une distance voire une incohérence entre la planification régionale des ressources d'hébergement et la réalité du CSSS sur le terrain.

L'adoption de la mesure de désengorgement des urgences (MDU), est aussi une source de pression sur le maintien à domicile : « Parce que le client est à l'urgence et qu'il retourne chez lui ou qu'il est hospitalisé et a un congé précoce, nous il faut qu'on réponde rapidement. [...] On a un budget pour inscrire nos gens sur le programme MDU, mais [...] ça demande beaucoup, mais beaucoup aux intervenants. » (2G19) Cela introduit aussi des effets pervers tel le recours à ces heures financées par la MDU pour compenser la réduction des heures disponibles pour le maintien :

On se fait dire "On coupe à quinze heures soins". À quinze heures, tu ne maintiens pas quelqu'un à domicile. Tu as le droit d'aller jusqu'à trente-cinq heures dans la mesure où il y a une demande d'hébergement. [...] Je vais dire à mon client "Faites une demande d'hébergement et quand ça arrivera, on va refuser. Et on en referra une autre dans un an pour que vous puissiez avoir accès [aux heures de services à domicile dans le cadre de la MDU]." Moi ça me fait travailler pour rien. [...] J'ai au moins accès à des heures de services qui sont dispendieuses. (1I10)

Les travailleurs sociaux ont aussi des plaintes à formuler sur la qualité des services provenant des agences privées d'auxiliaires familiales qui sont utilisées pour pallier la carence de personnel en CSSS : « Tous les intervenants ont fait des plaintes sur les agences » (1I10). Un autre ajoute : « Souvent, malheureusement, je dirais que la compétence des gens qu'on retrouve aux agences est un peu moindre, parce qu'ils ne sont pas encadrés, ils n'ont pas de formation, ils sont sous-payés et ils ont des conditions de travail pffft!, vraiment dégueulasses. » (2I23)

3.2.2 Transformation des tâches et organisation du travail en travail social

Les cadres rencontrés en entrevue tiennent un discours assez cohérent sur le changement, qu'il soit déjà effectif ou annoncé : à leurs yeux le travail social va changer en termes de types de tâches, de perspective d'intervention et d'alourdissement. La gestion de cas, la réponse aux impératifs du vieillissement et l'approche populationnelle entraînent une révision du travail social qui fait passer au second plan la relation psychosociale avec les personnes en PALV dans l'organisation du travail des établissements.

De leur côté, les travailleurs sociaux (TS) sont inquiets ou déçus de ces changements même s'ils ont de prime abord le sentiment que leur pratique n'a pas encore radicalement changé. Ils appréhendent que cette nouvelle réforme ne fasse en sorte de les «éloigner des gens» pour faire de la «paperasse», éteindre des feux et négliger la prévention (1I8).

a) Changement de tâche en travail social

Au fond, ce sont deux définitions de l'intervention clinique qui sont ici en tension : celle des travailleurs sociaux qui l'identifient à l'intervention psychosociale et celle des cadres

qui l'étendent à la gestion de cas. Les cadres rencontrés en entrevue sont en effet unanimes sur le fait que la tâche en travail social passe des suivis psychosociaux à la gestion de cas :

Je pense qu'en soutien à domicile il faut autre chose. Ce n'est pas de l'intervention psychosociale en individuel, un à un dans un bureau. Ce n'est pas du counseling, c'est vraiment, selon moi, du travail social pour essayer d'organiser la personne dans son environnement. Et de temps en temps, oui, on peut avoir des suivis psychosociaux. (2G24).

Ils sont conscients que, pour les travailleurs sociaux, c'est un deuil même si, de leur point de vue, il s'agit bel et bien d'une intervention clinique autre que celle à laquelle les TS sont habitués : «C'est un changement de culture» (2G24).

On parle de gestion de cas hybride qui «va forcément modifier le rôle du travailleur social au soutien à domicile» (2G18). Alors que «dans un modèle pur de gestion de cas, la personne ne fait que de la gestion et ne voit ses clients que par téléphone», on leur demande, en plus de la gestion de cas, de «faire un petit peu de suivi clinique» (E 18).

L'étiquette «clinique» recouvre donc une divergence de conception entre cadres et travailleurs sociaux. Pour les travailleurs sociaux, la gestion de cas éloigne du travail clinique : « Ils le perçoivent comme une charge administrative, mais, selon moi, c'est une charge clinique. [...] On leur demande que le plan d'intervention soit fait, on leur demande d'avoir la cote ISO-SMAF⁴ parce que ça nous permet au comité d'allocation de services de voir c'est quoi les besoins du client. » (2G17). Un autre cadre dit qu'«ils continuent à faire du travail social, sauf que ce qu'ils ont moins le temps de faire c'est ce que j'appelle un processus thérapeutique, travailler des choses avec le client, un suivi régulier» (2G19). Et d'ajouter : «Ce sont des cliniciens, hein! Alors les cliniciens sont rébarbatifs à ces considérations-là», au rôle d'«intervenant pivot» qui revient majoritairement aux psychosociaux parce qu'ils sont plus nombreux que les spécialistes en réadaptation dans les équipes interdisciplinaires (2G19; 1G1).

Les intervenants sociaux, pour leur part, estiment que c'est une réforme de plus liée à la taille de l'établissement : «Pendant qu'on s'occupe de faire des transformations, bien il me semble qu'on est moins à l'écoute de ce qui se passe.» (1I8), dit l'un pendant que l'autre opine que «plus on devient gros, plus on devient avec beaucoup de paperasses» (1I9). Plus profondément, c'est le contact avec les personnes qui y perd : «Je fais quand même

⁴ ISO-SMAF est un système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) permettant de regrouper les sujets évalués selon quatorze (14) profils ou «groupes d'individus qui possèdent des caractéristiques communes, qui requièrent le même mélange et niveau de services et qui imposent des ressources et des coûts similaires à l'établissement concerné, de là le terme iso-ressources» (Dubuc Nicole et Réjean Hébert (non daté), Les profils Iso-smaf : un système de gestion clinico-administratif pour la planification des services de longue durée dans un système de soins intégrés, 26 p. (http://www.expertise-sante.com/index.php?module=CMS&func=view&id=33_

beaucoup de démarches de bureaucratie pour référer les gens [...] ça s'enlène plus pour le 60 % de démarches à partir de mon bureau et 40 % de visites» (1I9). Or la satisfaction en travail social provient du contact avec les personnes en besoin : «C'est là où je me sens le mieux quand je suis à domicile» (1I9). Comme l'exprime une travailleuse sociale : «Au fil des années, la place qui est laissée au travail social en soi, je parle de suivis psychosociaux, d'interventions familiales, de support psychosocial, on perd de cet espace-là parce qu'on fait de plus en plus de gestion.» (2I23).

La gestion de cas est donc considérée différemment par les gestionnaires et les intervenantes sociales. Les premiers y voient une manière appropriée de répondre aux besoins des personnes en PALV en concertant les ressources pour maximiser le soutien à domicile et retarder l'hébergement. Les intervenantes sociales pour leur part privilégient une approche de services aux personnes âgées considérées comme une population vivant dans un milieu particulier, auxquelles elles souhaitent apporter un soutien personnalisé.

b) L'approche populationnelle

Les CSSS ont une responsabilité populationnelle « liée au territoire de desserte et à la notion de population occupant ce même territoire » (AQESSS, 2004 : 1); ils sont l'« assise de cette organisation » au niveau du réseau local de services en termes d'accessibilité, de prévention et de prise en charge, mais aussi en « assurant le suivi et la coordination des activités et des services », en « convenant d'ententes avec les partenaires » et en « assurant l'intégration chez les professionnels » de la « santé populationnelle » (Idem : 1). En d'autres termes, la responsabilité populationnelle renvoie à leur « mandat d'améliorer la santé et le bien-être d'une population définie géographiquement, en plus de répondre aux besoins des utilisateurs de soins et services » (Breton, 2009 : iii).

L'approche populationnelle s'inscrit plutôt dans « la dimension sociale des phénomènes de santé publique » (Grimaud et Jourdain, 2004 : 673) et renvoie à une démarche « centrée non pas sur une thématique de santé, mais sur la personne, en tant qu'appartenant à un groupe de population » (Karrer et al. 2004 : 474). L'AQESS la définit comme une « référence à des actions sur les facteurs qui influencent la santé au profit de toute la population ou de groupes de personnes en particulier. » (AQESSS, 2004 : 4).

Cette distinction se reflète dans les points de vue des cadres qui réfèrent davantage à la responsabilité institutionnelle donc à la dimension organisationnelle de la réforme en cours, et ceux des travailleuses sociales plus sensibles à l'approche populationnelle, aux facteurs sociaux qui ont une influence sur le vécu des personnes en PALV.

Pour un directeur des services aux personnes en PALV, la dimension populationnelle se concrétise dans un mode de gestion de services intégrés et hiérarchisés pour un milieu donné, ce qui lui permet d'affirmer : «Toutes les personnes âgées qui sont à l'hôpital ou dans les centres hospitaliers de Montréal, ce sont nos patients» (E 17). C'est sur cette base

en effet qu'il a fait le choix de placer une travailleuse sociale du soutien à domicile à l'hôpital, un choix qui a suscité de vives réactions parmi les intervenantes sociales : «Avec les travailleurs sociaux, ça a été très pénible mettre ça en place, parce qu'ils trouvaient qu'ils étaient au service de l'hôpital.» (2G17). À cette résistance, il oppose des résultats spectaculaires en termes de dépistage de la clientèle en besoin d'hébergement : «Le nombre de demandes d'hébergement en milieu hospitalier a diminué et aussi le nombre de clients qu'on dessert dans les programmes intensifs a augmenté de façon exponentielle [...] aujourd'hui on dessert [à domicile] [...] presque un étage d'un centre d'hébergement» (2G17). Il estime répondre mieux aux besoins de sa population et alléger la charge du réseau en instaurant une continuité d'intervention sociale entre l'hôpital et les services à domicile.

Pour les travailleurs sociaux, en conformité avec leur conception de l'intervention clinique, l'approche populationnelle renvoie davantage à la prévention et à la prise en compte des caractéristiques des milieux. C'est évident quand un intervenant social affirme à propos d'intervenants de milieu, qu'il «trouve ça tellement le fun parce que je trouve que d'aller chercher les gens chez eux, surtout les gens très isolés et qui ne vont pas dans les activités, d'aller créer un lien avec ces personnes-là pour éviter qu'on les retrouve dans des situations assez catastrophiques, je trouve ça fantastique.» (1I8). L'approche populationnelle comme l'intervention clinique sont des notions qui renvoient à la dimension psychosociale de la pratique. Les travailleurs sociaux collaborent avec les organismes communautaires qui permettent d'atténuer certaines barrières du travail social en milieu défavorisé :

Ils sont près des gens. Quand moi j'arrive, c'est une institution. Je fais partie du CLSC, je suis une travailleuse sociale avec tout ce que ça implique. C'est sûr que dans le quartier ici, bien c'est une population, des gens qui sont à faible revenu, en plus qu'ils ont des fois des histoires par rapport aux travailleurs sociaux, aux institutions. Donc moi j'arrive avec ça aussi, hein! (1I8).

C'est ce plus de la relation personnalisée qui intéresse les intervenants sociaux et qui est considéré comme le signe d'une véritable intervention clinique.

c) Alourdissement de la tâche en travail social

L'alourdissement perçu des tâches est un fait, mais selon un cadre il n'est pas certain que cela soit «dû à la fusion seulement» puisque c'est aussi «un phénomène de société» relié au vieillissement de la population et à l'introduction de nouveaux modes d'intervention (1G4). Ce point de vue est partagé par certains intervenants sociaux : «Je pense que ce n'est pas juste le CSSS, c'est au niveau de tout le Québec, à cause de l'augmentation des personnes âgées en perte d'autonomie. On en vient plus à éteindre les feux et moins faire de prévention.» (1I8)

L'arrivée des ressources intermédiaires crée aussi une «zone d'incertitude» dans la mesure où ces établissements ne sont pas encore bien installés. C'est la qualité des services qui préoccupe les TS : « Les résidences privées qu'on retrouve ici, ce ne sont pas des résidences Soleil avec plein d'activités, où il y a beaucoup de stimulation et tout ça. [...] Elles acceptent des clientèles qui sont parfois trop lourdes pour ce qu'elles peuvent offrir. » (1I8). Cependant « Le message de la directrice c'est toujours "Vous avez raison de le décrier, mais ça c'est la réalité avec laquelle on va devoir composer, et on n'a pas le choix". » (1G3).

Le travail en équipes interdisciplinaires ne va pas de soi non plus : «Les sociaux, on est beaucoup plus sollicités qu'avant dans les équipes par nos infirmières. Parce que dès qu'on a des gens avec des troubles cognitifs, donc une gestion de risques, les infirmières ne veulent pas avoir à gérer ça. [...] Troubles cognitifs ça égale TS [...] dès que ce n'est pas nursing, c'est social!» (2I23). En fait, la multiplicité des tâches de gestion de l'environnement des personnes en perte d'autonomie donne le sentiment de tout éponger : «Des fois on se dit qu'on est comme une grosse poubelle à récupération, nous autres.» (2I23). Ce sont des tâches qui réduisent la disponibilité pour l'essentiel : «pendant que je gère la petite débarbouillette et l'eau de javel qu'il n'y a pas, je ne fais pas de l'intervention sociale, alors que je sais que telle madame elle le trouve dur le processus de vieillissement. Elle est en perte présentement et elle en arrache.» (2I23). Des organisateurs communautaires et des gens des groupes communautaires ont aussi souligné leur préoccupation devant le fait que les charges de cas «ont explosé» (1I6) que les travailleurs sociaux «n'ont plus de marge de manœuvre du tout» (1C12).

d) Les pratiques qui changent

Les pratiques qui sont réduites sont celles qui donnent le sentiment qu'«on est là pour le client» (1I8). Ces changements font en sorte «qu'au fil des années, la place qui est laissée au travail social en soi, je parle de suivis psychosociaux, d'interventions familiales, de support psychosocial, on perd cet espace-là» (2I23). Un autre ajoute «On est en perte [...] et puis ce sont des pertes que l'on qualifie, nous, de significatives.» (1I10) Une travailleuse sociale plus jeune déplore elle aussi l'importance que prend la «paperasse à remplir» qui «limite le temps accordé à l'intervention auprès des personnes». Elle aussi a «l'impression d'être moins dans le travail social qu'on le pensait à la base», mais elle ajoute : «Je considère quand même que ça fait partie de la "game", si on peut dire, donc c'est quelque chose que j'assume pleinement.» (2I14).

Le sentiment de perte s'étend aussi à la réduction des espaces de collaboration avec les ressources communautaires. Ces organismes sont aussi une occasion d'approcher la réalité des personnes en perte d'autonomie : «On sent qu'on est là pour les personnes âgées, qu'on est là pour être vraiment des aidants. On a l'espoir de faire de la prévention. C'est parce que c'est le but de la table. C'est aussi parce que quand tu es en lien avec les partenaires, c'est

pour voir ce qui se passe dans différents endroits.» (1I8) Or l'alourdissement des dossiers fait en sorte que les TS «ont de la difficulté à se faire reconnaître» comme partie intégrante de leur charge de travail la participation à des lieux de concertation ou le soutien à un organisme communautaire (1I6).

D'ailleurs dans l'un des CSSS, la coordonnatrice professionnelle des travailleurs sociaux «essaie de voir si on ne pourrait pas documenter davantage la charge de travail des intervenants», notamment leur travail avec les organismes communautaires pour évaluer ce qui appartient aux intervenants et au communautaire, mais aussi pour voir s'il est possible de permettre des collaborations avec les groupes (1G4).

Il y a toutefois un espoir que le travail en équipe interdisciplinaire «va faire en sorte qu'on va avoir des liens [...] et si tout le monde observe les même choses, peut-être que tu peux en arriver à éviter que ça se détériore plus.» (1I8). Mieux, «si on est dans une petite équipe, peut-être qu'on pourrait éliminer des papiers» en redonnant de l'importance au partage direct d'informations (1I9).

e) L'organisation du travail

«Je dirais même que le fondement de l'intervention au soutien à domicile, c'est une intervention interdisciplinaire. C'est ce qui est désiré, nécessaire et favorisé.» (1G3). Cette affirmation péremptoire d'un cadre pourrait provenir de n'importe quel des cadres rencontrés en entrevue dans les deux CSSS. Dans l'un, les structures mises en place depuis l'été 2006 reposent déjà sur des équipes multidisciplinaires (2I14, 2G18) dont on souhaite accroître la capacité d'intervention interdisciplinaire : « Je ne dirais pas que j'ai une équipe interdisciplinaire. J'ai un groupe que je veux amener en interdisciplinaire et certains individus qui font déjà un beau travail interdisciplinaire » (2G24). Dans l'autre, au moment de notre enquête, l'intégration était encore à venir : on prépare une réorganisation du travail pour que toutes les intervenantes sociales pratiquent l'interdisciplinarité (1I7, 1I9), ce qui bouscule une tradition bien établie de travail en équipe disciplinaire pour les travailleurs sociaux. Pour ceux-là, le changement suscite des appréhensions, notamment pour tout ce qui concerne le soutien entre pairs : «Parce qu'on a besoin d'être ensemble sur le plan professionnel, de partager des choses.» (1I9). Comme le note une intervenante sociale de ce CSSS, ce n'est «pas tout le temps facile l'interdisciplinarité! Des fois les limites sont en petit peu brouillées.» (2I14). Dans un tel contexte de transformation des façons de travailler et pour répondre aux inquiétudes exprimées, il conviendrait d'explorer la possibilité d'organiser des groupes de codéveloppement dans lesquels les pairs ont l'occasion de réfléchir collectivement leurs pratiques sans contraintes administratives. Un des travailleurs sociaux rencontrés signalait d'ailleurs les avantages de cette formule (1I10).

On procède à l'introduction progressive de nouvelles façons de travailler : implantation du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF), mise en place d'un réseau

intégré de services pour les personnes âgées (RISPA) et regroupement des équipes sur un même site «pour vraiment favoriser l'approche interdisciplinaire» (2G18). «On est en train de réorganiser la pratique, l'organisation du travail. C'est sûr que ça va avoir un impact, pas seulement sur les travailleurs sociaux, mais sur l'ensemble du programme.» (2G24) On développe du même coup les mesures de contrôle : «On se fait plus talonner pour les statistiques [...] Les délinquants vont avoir des fois un petit message du boss disant "Tu as jusqu'à vendredi quatre heures pour me remettre tes statistiques". Parce qu'ils n'ont pas le choix! Sauf que ça a un impact sur le travail social parce que pendant que tu fais ça, tu n'en fais pas du travail social.» (2I23)

La nouvelle organisation du travail n'a pas encore transformé les cultures et modes d'interventions acquis, comme en font foi les commentaires d'une TS : «On se faisait beaucoup répondre "Vous allez voir en temps et lieu, il va y avoir une belle collaboration, un beau corridor de services entre le CLSC et l'hôpital." Et à l'heure qu'il est, bien je trouve que c'est de la schnoutte! Il n'y a rien qui a vraiment changé.» (2I23). Les cultures d'établissements persistent :

À l'hôpital, c'est malheureux, mais souvent quand nos patients arrivent, là "Comment ça, ce n'est pas fait ça? Comment ça gnagnagna?" Bien oui, mais si vous savez que ce n'est pas possible qu'on fasse ça à la maison, bien vous allez peut-être arrêter de juger le CLSC. On pensait honnêtement qu'avec la fusion, à un moment donné... On s'est dit "On va y croire, nous autres aussi. Ça va peut-être aider si on se dit qu'on y croît. Mais, pas encore! Pas encore! (2I23)

Cette persistance de l'identification à un établissement d'origine entraîne aussi des tensions face aux nouvelles façons d'organiser le travail. Par exemple, l'intégration du travail social en milieu hospitalier à la charge de l'équipe de travail social en soutien à domicile est présentée comme un gain par le cadre : «Le but de ça c'est vraiment de procéder graduellement à l'implantation du réseau intégré de services pour les personnes âgées (RISPA). On se disait que si ces gens-là peuvent être connectés avec le CLSC, bien la fluidité au niveau des communications va s'améliorer.» (2G18). Mais cette décision est perçue autrement par les travailleurs sociaux qui estiment que le changement se fait à leurs dépens et constitue un facteur d'accroissement de la charge de travail :

On a enlevé une TS ici pour la mettre à l'hôpital pour identifier les cas qui pouvaient devenir soutien à domicile. [...] Et on a déjà vu cette TS là n'avoir rien à cirer à l'hôpital, à se pogner le beigne parce qu'elle disait "Je n'en ai pas de cas" et nous autres ici on est là qu'on essayait de survivre et qu'on disait à nos boss "Eh! S.V.P. elle peut tu venir nous aider?" Tu te fais répondre "Bien non! C'est parce que son salaire, c'est une enveloppe à part". (2I23)

Il y a un écart de points de vue entre l'efficacité évaluée par un cadre en termes de gestion fluide des cas et l'efficacité perçue au quotidien par une travailleuse sociale en termes de charge de travail.

f) Le processus de changement dans la définition des tâches et dans l'organisation du travail des travailleuses et travailleurs sociaux

Les transformations dans la définition et l'organisation du travail appellent donc une gestion du changement : «Quand j'ai commencé à essayer de mettre ça de l'avant, je me suis butée à des intervenants qui me disent qu'ils sont surchargés. C'est pour ça que je me suis dit je vais commencer par regarder la charge de travail.» (1G4). En même temps, la détermination est là de modifier les façons de faire dans un regroupement de trois CLSC : «Actuellement, on a trois façons de fonctionner très différentes au niveau des nouvelles demandes. Ça n'a pas encore bougé. Ça va être changé!» (1G4).

Si les perspectives sont claires du côté des cadres, les intervenants qui travaillent encore en équipes disciplinaires ont le sentiment que le processus de changement n'est pas transparent : «Comme on se sentait démunis, on a décidé des intervenants des programmes rattachés à la même direction, de se rencontrer à l'extérieur des heures de travail sur l'heure du dîner pour faire circuler l'information entre les programmes, parce qu'il n'y avait aucune possibilité dans l'organisation.» (1I10). Le processus de consultation retenu par la nouvelle directrice atténue cette résistance : «Il y a un processus de consultation, le monde sont contents de ça.» (1I10). Mais cela ne vient pas à bout de la méfiance : « On voit que, pendant que ce processus-là se passe, il y a des décisions qui se prennent sans vraiment nous consulter.» (1I10). Comme le note un OC :

Moi je trouve que c'est habile et c'est sûr qu'à un moment donné elle va mettre le pied à terre, elle va dire "Voici c'est quoi" et il y a du monde qui seront pas contents parce qu'ils vont dire "Regarde, ça cause tel problème". Mais au moins ça prépare et aussi à partir de ça, elle recueille aussi, elle se fait une idée sur la décision à prendre. (1I7).

Devant la «volonté d'uniformiser les services, donc d'offrir la même chose sur chacun des sites», les travailleurs sociaux vivent «une insécurité professionnelle de voir chambarder un peu la façon d'organiser les services» (1I9). Cette insécurité professionnelle c'est la crainte «que notre expertise, comment on avait développé ça, que ce soit écarté, vu qu'ils veulent uniformiser» (1I9).

Les processus de changement en cours sont vécus comme une perte. «C'est difficile de voir les effets de la fusion. [...] On a quand même changé de patron deux fois depuis la fusion. Il y a un cadre qu'on avait bien aimé, elle est partie. [...] Elle a donné sa démission et on aurait pu faire quelque chose de bien avec elle parce qu'elle avait le côté clinique qu'on n'a pas actuellement.» (1I9).

Le problème c'est l'absence d'une compréhension partagée par les cadres et les IS des transformations, qu'elles soient antérieures ou dues à la création des CSSS. Les premiers considèrent que les intervenantes sont en position de résistance et les secondes vivent un deuil. La perception observée d'un manque de transparence et de participation dans les CSSS étudiés est de nature à générer des attitudes de résistance. Que soient bousculées des pratiques qui ont une longue histoire est certes de nature à susciter de telles attitudes, mais au-delà des attitudes, assistons-nous à une redéfinition du travail social? Est-ce que les fondements mêmes du travail social sont en cause quand on ne favorise pas que les intervenantes sortent de leur bureau pour aller voir directement dans quel environnement vivent les personnes qu'elles soutiennent? La gestion des réseaux locaux de services schématise et standardise des pratiques qui reposaient jusqu'à maintenant sur une fréquentation des milieux et des rapports directs avec les organismes communautaires.

Les perceptions ne sont pas les mêmes selon l'expérience des intervenantes : « Les jeunes apportent des connaissances nouvelles, mais aussi un dynamisme. » (1I18). Ce que confirme une jeune travailleuse sociale qui affirme d'emblée : « Je vois ça de manière positive, autrement je ne suis pas sûre que je serais ici. [...] J'aime quand même beaucoup le travail, donc je m'y vois à long terme. » (2I14). Le défi c'est de métisser le renouvellement avec « l'expertise des plus âgés » (1I18). Un collègue plus expérimenté voit les choses d'un autre œil : « Peut-être que je vais être appelé à rester plus souvent à mon bureau et à faire de l'orientation, des commandes de services », ajoutant qu'il ne sait pas s'il pourra maintenir les bonnes relations qu'il entretient avec les intervenants avec qui il travaille (1I10).

Les changements dans la description des tâches en travail social sont une source d'inquiétude, mais aussi de surcharge : « On le répète souvent : on est là pour le client. [...] Mais quand tu arrives dans la réalité, il manque tellement de temps. On devient des pompiers : éteindre les feux, instaurer les services. [...] On n'a pas le temps de prendre un recul. » (1I18).

3.2.3 L'encadrement administratif et la supervision professionnelle

Quatre besoins sont exprimés dans les entrevues quant au cadre de pratique professionnelle des travailleurs sociaux : le besoin d'encadrement proprement dit, en particulier lorsque des décisions requièrent l'aval de l'établissement, la supervision professionnelle, le soutien entre pairs et la formation.

a) L'encadrement administratif

Le cadre dont la compétence est reconnue en travail social, se fait dire qu'il est consulté « parce que toi tu sais de quoi je parle » (2G24). Sa participation à l'équipe de direction suscite des attentes : « On a réussi dans le fond à leur faire comprendre que je ne suis pas leur avocat [...] ils ont en moi une représentante, je représente la pratique » (2G24).

Ce sont les «situations un peu litigieuses au niveau éthique» qui exigent «d’avoir un cadre et de lui parler rapidement» (1I18). Dans certains cas, cela ne semble pas poser de problème : «Le support on l’a quand on va le chercher et c’est correct aussi comme ça. Moi, quand il y a des situations qui sont vraiment difficiles et où j’ai besoin d’être backée par un des cadres, habituellement j’ai assez rapidement une rencontre et un moment pour discuter.» (2I14). La dispersion des TS sur plusieurs sites et l’obligation qui en découle de se déplacer ou de communiquer par téléphone, est un facteur défavorable autant pour le cadre : «il y a des affaires qui arrivent [...] et je ne suis pas au courant» (1G4), que pour le TS : «discuter au téléphone, c’est un peu frustrant» (1I18). Mais la plus grande difficulté vient de la méconnaissance des personnes et du milieu à desservir : «Ma cadre ne connaît pas ma clientèle. Avant, la cadre connaissait la clientèle. Quand j’arrive, je présente toujours des problèmes. C’est sûr que ce cadre-là qui passe comme un coup de vent, n’a de connaissance en profondeur d’aucun dossier, sauf s’il est problématique.» (1I10). Du point de vue des TS «on ne peut pas être proche de quelqu’un qu’on ne voit jamais. On ne peut pas être à l’aise quand on va le voir.» (1I18).

b) La supervision professionnelle

Dans les deux CSSS, on a créé un poste de conseillère clinique en travail social qui agit comme coordonnatrice psychosociale, et il y a des chefs de programme qui connaissent le travail social. Dans l’un des CSSS on note que, dans les consultations auprès des équipes, «la présence de la coordonnatrice psychosociale a toujours été soulignée comme un plus» (1G3). Dans l’autre, l’annonce de la création du poste, même à temps partiel, a été reçue comme la reconnaissance de la lourdeur de la tâche et un soutien important (2I23). On a aussi recours à des consultants externes dans des démarches où les discussions de cas ne sont pas inscrites dans un rapport d’autorité et n’entraînent pas de décisions administratives quant à la suite des interventions : «On a ça une fois par mois et on appelle cela du co-développement. [...] On est vraiment en mode approfondissement d’une problématique et puis résolution, mais en co-développement.» (1I10). L’accès à une telle ressource est considéré comme «un gain majeur», d’autant plus significatif que «c’est quelqu’un de l’externe. Donc ce qu’on trouve comme solution, au bout de la ligne ça m’appartient [...]». C’est un espace de liberté d’apprentissage.» (1I10).

c) Le soutien entre pairs

Si la création d’équipes autres que disciplinaires est souvent perçue comme une menace au soutien entre pairs, elle ne rend pas impossible le soutien entre pairs surtout lorsque les équipes interdisciplinaires partagent un même espace : «La présence d’écoute est quand même là. Pour ça, ce n’est pas du tout un problème à mes yeux.» (2I14), note la plus jeune travailleuse sociale rencontrée.

d) *La formation*

Enfin, sur le terrain de la formation, ce qui manque c'est la «formation associée à la pratique psychosociale» (1I10). La remarque vient aussi d'un TS de l'autre CSSS :

Au niveau des sociaux aussi on remarque que depuis la fusion on a beaucoup moins accès à des formations. Moi je ne me souviens pas. La dernière formation que j'ai eue c'est sur ISO-SMAF qui est, quant à moi, une formation très administrative, exigée par l'Agence et tout. [...] Mais une formation clinique, je ne me souviens même pas de ma dernière. (2I23)

3.2.4 *La reconnaissance du travail social*

Les démarches de consultation sont considérées comme une forme de reconnaissance : «Nous demander notre avis, c'est un peu aussi reconnaître le travail qu'on fait. Je pense qu'ils veulent beaucoup travailler ça, la reconnaissance.» (1I8) Mais l'inverse vaut aussi :

«Au niveau de l'encadrement administratif [...] il y a eu un roulement de chefs de programme [...] à chaque fois il faut recommencer. Et puis il y a toujours des façons de faire différentes. Et ça se fait en ne reconnaissant pas l'autonomie et l'expertise des intervenants sociaux, qui dans bien des cas sont là depuis vingt, vingt-cinq ans.» (1I10)

Une travailleuse sociale estime que la critique des choix institutionnels fait en sorte que «Les TS souvent dans les équipes, on est perçus comme les petites bêtes noires qui chialent tout le temps et qui revendiquent.» (2I23)

B. REGION DU SAGUENAY

Dans la région du Saguenay, la différence de durée entre les deux CSSS étudiés nous permet d'observer des distinctions importantes quant aux effets d'un regroupement selon qu'il est récent ou que les intervenants ont eu le temps de l'approprier. De plus, le premier établissement est de petite taille, ne comportant pas d'hôpital important. La taille favorise l'établissement de réseaux interpersonnels qui conditionnent l'évaluation que font les intervenantes des contraintes de gestion.

3.2.5 *Description de tâches et organisation du travail*

De prime abord, la majorité des personnes rencontrées, gestionnaires comme intervenantes, considère que les tâches des intervenantes psychosociales œuvrant auprès des personnes en PALV n'ont pas changé depuis la création des CSSS. Les changements notés sont attribués surtout aux directives ministérielles survenues en même temps ou peu avant la création des CSSS et le développement des projets cliniques.

C'est ainsi que les gestionnaires rencontrés au CSSS-3 identifient une plus grande volonté ministérielle de maintenir les personnes âgées en perte d'autonomie le plus longtemps

possible à domicile. Cette volonté participe à la création de réseaux locaux de services (RLS) où les intervenantes doivent s'assurer que les personnes âgées reçoivent les services de santé, les services sociaux et les services de soutien qu'elles requièrent dans leur propre milieu de vie. Les services se donnent donc maintenant en fonction du profil gériatrique de la personne en PALV et non plus en fonction de son âge comme c'était le cas dans les services aux aînés. Au sein du CSSS, l'application de l'OEMC, l'outil standardisé de mesure des besoins et d'identification du profil gériatrique, permet que les services soient dispensés en fonction de cette évaluation et non de l'âge de la personne. Les personnes âgées de 65 ans et plus, nécessitant des services d'ordre psychosocial, autres que ceux liés au vieillissement, sont référées aux programmes réguliers «adultes» du CSSS. Une des gestionnaires du CSSS-3, ayant assisté à la fusion des établissements de santé de son centre, bien avant l'adoption de la Loi 25, se dit confortable avec ces nouvelles demandes du ministère et considère que celles-ci «s'intègrent bien avec l'historique de la pratique, ayant déjà arrimé les services et le rôle d'intervenant psychosocial». (3G1).

C'est au fil des discussions que les personnes rencontrées ajoutent des éléments de changement cette fois-ci en lien avec le vieillissement de la population. Les intervenantes ont alors constaté que ces changements sont plutôt reliés au nouveau profil gériatrique des bénéficiaires des services de maintien à domicile et au programme service, avec lesquels les intervenantes travaillent maintenant. Sont également nommées la nouvelle fonction de gestion de cas, l'utilisation de l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC), la reddition de comptes, l'augmentation des rapports administratifs, la gestion de ressources intermédiaires et finalement la garde sociale.

Les intervenantes sociales ne rencontrent plus l'ensemble des personnes âgées présentant une demande, mais uniquement celles se retrouvant en situation de perte d'autonomie liée au vieillissement. On ne parle plus ici d'un programme pour les personnes âgées, mais d'un programme clientèle axé sur l'organisation des services. Cette réalité modifie forcément la tâche des intervenantes qui ne rencontrent que des personnes en perte d'autonomie. «Avant je ne faisais pas beaucoup de maintien à domicile» (3I3). Avec le profil gériatrique «la tâche des intervenants psychosociaux en soutien à domicile est beaucoup centrée sur l'organisation de services et le suivi dans le milieu de vie de la personne» (3G3). De plus, ce n'est pas seulement la tâche qui est modifiée, mais aussi son intensité.

Avec le profil gériatrique, les services sont devenus plus spécifiques : soins palliatifs et participation aux comités multidisciplinaires. Pour une gestionnaire, ces tâches rejoignent parfaitement le rôle du travail social qui consiste à développer de nouveaux liens, développer de nouveaux réseaux. Selon celle-ci, cette nouvelle organisation du travail a pour conséquence de rendre le travail plus efficace, maximisant le rendement et permettant de rencontrer un plus grand nombre de clients. «Au niveau des psychosociaux, il y a des choses qui sont faites de façon à maximiser leur travail et l'impact pour qu'ils puissent voir

plus de monde. C'est récent parce que le changement vient de se produire [...] c'est un peu plus facilitant pour les ARH (agents de relations humaines).» (4G3).

L'approche gériatrique a permis aux gestionnaires et aux intervenantes de constater les besoins grandissants liés au vieillissement de la population et à l'alourdissement de la clientèle. C'est d'ailleurs principalement à ce niveau que les personnes rencontrées identifient des changements. Concernant plus spécifiquement l'alourdissement de la clientèle, une gestionnaire reconnaît que les intervenantes sociales ont dû modifier leurs façons d'intervenir, travailler avec les proches aidants, le réseau social et même le voisinage pour certains. «On élargit beaucoup nos façons de faire par rapport à un tissu social qui est aussi différent de ce qu'il était il y a 10 ans.» (4G2). Mais ce n'est pas seulement la création des CSSS qui est en cause, selon cette gestionnaire, mais, se référant tant aux besoins organisationnels du centre hospitalier qu'à la situation sociale des personnes âgées, elle estime que c'est «à cause de la diminution de séjour en milieu hospitalier, à cause de l'effritement du tissu social, à cause de la pauvreté des personnes âgées.» (4G2).

Pour une autre gestionnaire, c'est aussi le fait que les intervenantes doivent maintenant travailler avec des personnes ayant de plus lourdes pertes d'autonomie et avec plus de problèmes de santé qu'auparavant. Elles doivent travailler avec les médecins alors qu'avant elles se concentraient davantage sur les problèmes sociaux. Un travail en interdisciplinarité a été instauré et les travailleuses sociales font équipe avec les ergothérapeutes, physiothérapeutes, nutritionnistes, médecins, infirmières, psychologues, bénévoles d'un organisme communautaire, et autres professionnels de la santé. Pour leur part, les intervenantes sociales constatent elles aussi ce changement et leur plus grande collaboration avec le milieu hospitalier. «On est rendus une équipe de soins palliatifs et on est beaucoup en relation avec l'hôpital. [...] Alors ça a beaucoup changé parce que moi je suis quotidiennement en relation avec les infirmières en oncologie, j'ai des références de médecins.» (4I3).

Un élément important soulevé par une majorité de personnes rencontrées est l'augmentation des tâches administratives qui a un impact direct sur la réduction du temps consacré à l'intervention auprès de la clientèle. «C'est la lourdeur de la paperasse bureaucratique, de remplir des papiers, de consigner tout ça, qui demande beaucoup plus de temps qu'avant.» (3I3). L'augmentation des rapports à produire, la reddition de comptes à effectuer se faisant plus intense et les délais de production étant plus stricts, autant de facteurs contribuant à réduire la disponibilité des intervenantes sociales à mettre en place et à offrir des services directs à la population. «Le temps qu'on passe à faire cette paperasse-là, on n'est pas avec le client.» (3I3).

Les gestionnaires sont conscientes de la lourdeur administrative causée par ces nombreuses demandes bureaucratiques. «Administrativement, ça ne fait que s'alourdir. C'est toujours des contrôles administratifs pour toutes sortes de choses.» (4G2) Cet alourdissement a des impacts sur la clientèle, déplore cette même gestionnaire : intervention en situation d'urgence et augmentation des interventions téléphoniques alors que les besoins croissants obligeraient au contraire celles-ci à se déplacer beaucoup plus à domicile. «On n'a pas le temps de voir les clients, on les voit quand ça saute. Ça ne devrait pas, mais c'est la réalité. Avant les intervenants se déplaçaient beaucoup plus à domicile, étant donné la lourdeur des paperasses ils font beaucoup d'interventions par téléphone maintenant.» (4G2) Une gestionnaire souligne que le travail ne peut plus se faire en profondeur, avec la même qualité de contact avec les personnes : « Ils ont moins le temps qu'avant et ils sont plus bousculés qu'avant et ils n'ont plus le temps d'aller plus loin, de garder le contact plus constant.» (4G1).

Le vieillissement de la population a entraîné un plus grand nombre de demandes de services de la part des personnes en situation de perte d'autonomie. «Les demandes rentrent de plus en plus, la clientèle est plus lourde.» (3G3). En conséquence, les mandats attribués aux intervenantes sociales ont été augmentés. «Nous avons plus de demandes, nous avons plus de tâches à faire, nous avons de plus gros mandats [...] comme les deux résidences pour personnes handicapées dont je suis responsable, [...] les soins palliatifs c'est un autre mandat.» (4I3) Une autre intervenante constate également qu'elles doivent répondre à un éventail de tâches beaucoup plus large. «Quand on parle de changement de milieu de vie, quand on parle d'inscription à l'hôpital de jour, les évaluations psychosociales, les OEMC sont beaucoup délégués aux intervenants psychosociaux.» (3I3)

L'augmentation de la complexité des situations engendre une organisation différente du travail et beaucoup d'investissement en temps. «Aider quelqu'un à cheminer, (...) ça prend du temps, ça prend beaucoup d'énergie. Et tu ne peux pas faire ça en deux rencontres dans un mois. Créer une relation, susciter les échanges, susciter la réflexion, interpeller les proches [...] Alors tout ça, ça prend du temps.» (3I2).

La nécessité de répondre de plus en plus à des urgences parce que les situations se détériorent, est soulevée par plusieurs gestionnaires et par d'autres répondantes. Ces dernières se disent bousculées et ne deviennent plus maîtres de leur temps, les urgences et les situations de crise se faisant plus nombreuses et plus pressantes. Il leur arrive de plus en plus souvent de devoir répondre à des situations urgentes et «d'éteindre des feux» (3I2). Une gestionnaire reconnaît ce sentiment d'urgence vécu par les intervenantes. «Il faut qu'ils aillent au plus urgent, les situations qui viennent plus en crise et tout ça.» (4G1).

Sans être une modification dans les tâches, certains impacts liés à tous ces changements sont soulevés tant par une gestionnaire que par une intervenante, notamment concernant la

charge de travail et l'obligation de créer des listes d'attente. Selon une intervenante, le CSSS-4 a embauché, au moment où cette entrevue a été réalisée, un consultant externe afin d'effectuer une analyse de leur charge de cas. En référant à ce même consultant, une gestionnaire confirme l'augmentation de travail des intervenantes sociales responsables du volet maintien à domicile. «Ce dont il se rend compte c'est que c'est terrible la charge en maintien à domicile.» (4G2). Cette augmentation de travail nécessite la création de listes d'attentes officieuses, mais réelles. Même s'il n'y a aucune liste d'attente officielle, certaines personnes peuvent être en attente de prise en charge réelle. «Mais je te dirais que c'est sûr aussi qu'il y en a qui ont des listes d'attente sur le coin de leur bureau, on peut pas faire autrement, avec la charge de cas qu'on a.» (4I1).

Un problème spécifique soulevé par une seule intervenante est la gestion d'une ressource intermédiaire, alors qu'aucune balise ni aucune directive ne lui ont été transmises quant à la gestion d'une telle ressource. De nouvelles situations se vivent, et elle se dit seule pour prendre ces décisions, alors qu'en milieu hospitalier, les infirmières ont une expertise dans le domaine et c'est le médecin qui décide. Ce ne sont pas les travailleurs sociaux qui doivent assumer ces décisions. «J'ai été confrontée à des réalités au niveau de la ressource intermédiaire dont jamais je n'aurais pensé avoir un jour à jongler avec ces idées-là. Parce que ce sont des idées d'hébergement hospitalier que nous autres ne connaissons pas en CLSC.» (4I1). Et, même si elle reconnaît être à l'aise dans ce contexte, elle ne peut orienter ses interventions avec conviction et précision. Cette nouvelle gestion oblige à des interventions différentes, s'apparentant à de la gestion de ressources humaines. « On n'a pas été habitué à gérer les ressources d'hébergement... mise en place et application d'un plan d'intervention très suivi à la lettre avec la ressource, avec les préposées de la résidence; s'il faut laver les pieds de monsieur, il faut les laver. Cela a changé ma pratique; à domicile on ne gère pas ça. » (4I1).

Finalement, une seule intervenante souligne l'obligation de faire maintenant de la garde sociale, obligeant une plus grande disponibilité ainsi qu'une grande polyvalence, car l'intervenante qui est de garde doit intervenir avec toutes les clientèles.

3.2.6 Encadrement administratif et supervision clinique

Encadrement administratif

Sur le plan de l'encadrement administratif, les changements vécus par le personnel des deux CSSS étudiés sont tout à fait différents. Au CSSS-3, où la fusion s'est réalisée il y a près de 10 ans, et de façon volontaire, les modifications engendrées semblent avoir été bien intégrées, car peu de personnes se sont exprimées sur le sujet. Une gestionnaire mentionne que le principal changement fût de répartir différemment les ressources humaines entre les différents services, à l'exception du service de soutien à domicile et du programme PALV qui n'ont vécu aucune modification à ce niveau. «Ils ont encore la coordonnatrice en soutien à domicile, ils sont encore tous ensemble dans le même endroit, encadrés et

supervisés de la même façon.» (3G2). Une intervenante constate qu'effectivement certains postes ont été transférés au centre hospitalier, mais elle ne perçoit pas de difficultés au sein du programme PALV et du maintien à domicile. «Nous ici on a perdu des professionnels et qui ont été transférés à l'hôpital parce qu'il y a des services du CLSC qui ont été déménagés à l'hôpital. Donc ce sont des services qui ont un chapeau CLSC, une mission CLSC, mais qui sont dans le CH». (3I3).

Pour le CSSS-4, la situation diffère totalement. Divers éléments majeurs ressortent des entrevues réalisées et se confirment tant par les gestionnaires que par les intervenantes : centre de décision maintenant situé au centre hospitalier, changement de culture organisationnelle, mouvements de personnel liés aux départs à la retraite de plusieurs gestionnaires. Depuis la fusion, le centre de décision s'est déplacé vers le centre hospitalier où se situent la direction générale et les diverses directions administratives (ressources humaines, ressources financières et autres). Cette situation entraîne diverses conséquences. D'abord, les gestionnaires se disent moins disponibles pour les intervenants. Elles se disent «plus sollicités par la grosse structure. Elles ont moins de temps à consacrer aux équipes et elles souffrent de ça.» (4G1). Deux des quatre gestionnaires rencontrées au CSSS-4 soulignent qu'elles doivent maintenant assumer un rôle de soutien auprès des gestionnaires de niveau supérieur afin qu'ils comprennent mieux le travail réalisé par les intervenantes sociales. «Ils te demandent des rapports sur ceci, tu leur expliques c'est quoi, c'est toujours pour que eux comprennent parce qu'ils sont loin de l'action.» (4G1). L'augmentation des tâches administratives des gestionnaires réduit leur disponibilité pour l'encadrement des intervenantes. «Mais on a tellement d'administratif dans la gestion qu'on n'aurait plus le temps de faire la coordination sociale.» (4G2).

Une intervenante constate que non seulement les gestionnaires sont moins disponibles : «notre chef clinique administratif, qui a beaucoup, beaucoup de tâches et qui essaie d'avoir une grande disponibilité pour nous» (4I1), mais qu'ils ne se trouvent pas dans le même lieu physique que les intervenantes : «Le chef, lui il est à l'hôpital. C'est le chef de première ligne, mais il est à l'hôpital.» (4I1). Pour l'intervenante, ce n'est pas un manque de volonté, mais un problème de distance physique : «Le fait de ne pas être dans la même bâtisse, c'est sûr qu'elle n'est pas toujours là.» (4I1).

Cet éloignement du centre décisionnel complexifie les tâches administratives, centralise les décisions et réduit l'efficacité organisationnelle. «Il y a un éloignement du processus de décision [...] c'est plus compliqué. Juste pour faire des commandes, avant tu prenais le téléphone et tu appelais directement la compagnie. Maintenant, il faut que tu passes par la centrale [...] des fois il faut recommencer six fois la commande pour l'avoir. Alors il y a une perte de temps.» (4G3).

Suite à la fusion, les gestionnaires ont dû modifier leur style de gestion pour s'adapter à celui établi par le centre hospitalier. «Il a fallu s'uniformiser avec l'hôpital.» (4G1). Pour les gestionnaires comme pour les intervenants, la culture a changé et est devenue plus hospitalocentrique. «C'est hospitalocentrique parce que c'est beaucoup les procédures de l'hôpital qui ont été établies.» (4G4) À ce niveau, une intervenante effectue le même constat. «C'est beaucoup le monde médical je trouve qui nous envahit, c'est beaucoup teinté de médical.» (4I1).

Une autre situation notée par plusieurs personnes rencontrées au CSSS-4 demeure le mouvement de personnel engendré par les départs à la retraite de plusieurs gestionnaires. Cette situation a engendré inquiétude et incertitude pour plusieurs. D'abord, parce que plusieurs des nouveaux gestionnaires proviennent soit du milieu hospitalier, soit des CHSLD. En général, ceux-ci n'avaient pas travaillé avec des intervenants sociaux et ils ne connaissaient pas la culture de travail en CLSC. «La dame qui prend la place de [notre directrice de service], elle vient des soins de longue durée. Elle n'a jamais eu de travailleurs sociaux dans son centre d'hébergement, elle n'a jamais travaillé avec des intervenants sociaux.» (4I1). Pour les intervenantes rencontrées, le lien relationnel qu'elles développent avec leur supérieur immédiat est important, alors certaines inquiétudes sont soulevées. «C'est toujours une question de personnes, [...] c'est sûr que pour nous autres c'est toujours une interrogation.» (4I2). Une intervenante sociale souligne que cela leur demande une plus grande adaptation, car les changements se situent à plus d'un niveau. «On est dans une conjoncture particulière parce que en plus de la réorganisation qui nous arrive, les deux chefs de notre programme partent à la retraite.» (4I1) Cette situation, si elle entraîne de l'inquiétude occasionne également incertitude. «Et même nous autres on vient qu'on ne sait plus. [...] On est beaucoup en changement, mais en attente. Ça fait un climat qui est spécial un petit peu aussi.» (4I2).

Ces mouvements de personnel sont toutefois perçus comme positifs par une seule gestionnaire, car ils représentent l'opportunité d'instaurer le travail en équipes interdisciplinaires et d'implanter de nouveaux processus. «En même temps que les personnes qui sont là changent et qu'on introduit l'approche par programme, on va scinder les équipes, ça va amener une autre dynamique [...] et on veut en profiter, par la même occasion, pour mettre vraiment en place les équipes inter.» (4G3).

Supervision clinique

Pour les gestionnaires des deux CSSS étudiés, une amélioration de la supervision clinique est souhaitée. Ainsi, au CSSS-3, une gestionnaire mentionne que, lors des rencontres hebdomadaires de l'équipe de soutien à domicile, il y a une possibilité de discuter de situations particulières : «Il y a toujours un varia ouvert pour présenter à leurs collègues des difficultés.» (3G1). Celle-ci reconnaît que ces rencontres ont principalement un objectif de gestion et que la supervision clinique se fait par les pairs. «Il y a un peu de clinique, ça

ne se fait pas par un supérieur immédiat mais plus par les pairs.» (3G1). Une autre gestionnaire confirme que « la supervision clinique, c'est quelque chose qui est à travailler dans notre CSSS. » (3G3) Elle signale également que la supervision clinique est inégale : « Il y en a beaucoup qui n'en ont pas, il y en a d'autres qui en ont » (3G3).

Les gestionnaires du CSSS-4 aussi reconnaissent l'importance d'instaurer une meilleure supervision clinique, celle-ci étant insuffisante. Pour une gestionnaire, « la dimension coordination clinique est plus défaillante. Ils sont un petit peu seuls, un petit peu orphelins dans les circonstances. » (4G1). Les intervenantes sociales se retrouvent donc souvent seules pour prendre et assumer des décisions importantes qui risquent d'avoir des répercussions autant pour l'établissement que pour la clientèle. « Avoir la proximité de rapports avec quelqu'un en autorité qui les supporte dans l'action clinique [...] parce qu'ils [intervenants] se disent je suis responsable, mais là je ne peux consulter personne. Je ne peux pas aller me valider avant de prendre une décision qui a des conséquences importantes. » (4G1).

Pour leur part, les intervenantes rencontrées dans les deux CSSS expriment leur besoin d'avoir un soutien dans la prise de décision, et ce, principalement lorsqu'elles vivent des situations plus difficiles. « Les problématiques sont lourdes, elles sont souvent plus compliquées [...] on est devant une situation où on a besoin d'avoir une supervision. » (3I2).

Au sein d'un CSSS, les intervenantes, pour pallier au manque de supervision, s'orientent vers des collègues plus expérimentées pour obtenir conseil. « On a l'opportunité, la possibilité d'aller vers les séniors. » (3I3). Pour une intervenante, cette façon de procéder ne peut être considérée comme de la supervision : « Il y a de la consultation qui se fait entre collègues, mais de la supervision non. » (3I2). Celle-ci exprime le souhait qu'une supervision plus encadrée soit possible, principalement pour les intervenantes nouvellement embauchées : « Je souhaite que ça se développe effectivement. » (3I2).

Pour le CSSS 4, les intervenantes ont formalisé davantage cette consultation entre pairs. Elles se rencontrent une fois aux deux semaines pour discuter de dossiers et d'études de cas. Ces rencontres sont non structurées, la participation est volontaire, il n'y a pas de prise de position officielle et personne n'assure que les discussions respectent les valeurs et directives du CSSS. Selon une intervenante, cette situation peut s'avérer satisfaisante parce qu'elle représente la seule possibilité d'obtenir conseil et de se sentir rassurée : « Tu as une place pour échanger sur des dossiers » (4I1). Mais elle s'avère insatisfaisante par son manque d'organisation : « Il y a beaucoup de monde qui ont des interprétations et des façons d'intervenir différentes, et il n'y a pas toujours une personne désignée pour mener la rencontre. » (4I1).

Une gestionnaire du CSSS-3 démontre la volonté d'améliorer cette situation dans le futur : « Nous travaillons là-dessus actuellement pour rehausser la supervision clinique » (3G3). Pour une gestionnaire du CSSS-4, cette situation perdure dans le temps puisque même avant la fusion, elle était consciente de la situation et avait produit sans succès une demande en ce sens : « Ça fait des années que nous demandons un coordonnateur clinique en maintien à domicile et à date on l'a pas obtenu. » (4G2).

3.2.7 Autonomie professionnelle, organisation du travail et reconnaissance de la pratique psychosociale

Autonomie professionnelle

La perception des personnes rencontrées quant à l'autonomie des intervenantes sociales œuvrant au sein du programme PALV est différente d'un CSSS à l'autre. Au CSSS-3, les intervenantes et les gestionnaires partagent une même opinion positive, mais au sein du CSSS-4, les avis divergent.

D'emblée, au CSSS-3, les gestionnaires reconnaissent que les intervenantes possèdent une grande autonomie professionnelle, tout en précisant qu'en maintien à domicile, celle-ci demeure encadrée par des critères et procédures définis. Cet encadrement n'interfère pas sur le niveau d'autonomie : « La pratique est plus encadrée, mais ça ne nuit pas à l'autonomie. » (3G3). Les intervenantes demeurent autonomes quant au modèle d'intervention préconisé. « Comment ils vont intervenir au niveau psycho... il y a une autonomie assez grande. » (3G1)

Une intervenante de ce CSSS perçoit une différence de niveau d'autonomie selon l'établissement où elle est assignée. Ayant œuvré au sein de deux établissements différents, elle constate détenir une moins grande autonomie dans l'établissement actuel, plus imposant et où la hiérarchie est bien établie, que dans le précédent. La proximité de l'administration oblige à respecter un cadre plus défini. « Ici, les patrons sont là, les réunions sont formelles. [...] C'est beaucoup plus encadré et plus formalisé. Ici, il faut que ça passe par la liaison. » (3I3) Alors qu'auparavant, dans un établissement plus petit et plus éloigné de l'administration, elle avait moins de ressources professionnelles et se devait d'être plus autonome et plus créative. « Là-bas, il faut qu'on se débrouille avec les moyens du bord, ...on n'a pas autant de professionnels avec nous autres. » (3I3).

Au CSSS-4, les perceptions diffèrent quant à l'autonomie des intervenantes du programme PALV. Pour une gestionnaire, il y a moins d'autonomie d'abord parce que les outils d'intervention, dont l'outil d'évaluation multi clientèle (OEMC), sont de plus en plus systématisés. Et ensuite parce qu'il y a une plus grande centralisation des décisions. « On parle d'équipe autonome, on est loin de ça. C'est beaucoup centralisé la décision. » (4G1). Cette situation peut aller jusqu'à brimer l'autonomie des intervenants. « Plus l'organisation est grosse, plus il y a une tendance à formaliser et ça devient sclérosant. » (4G1).

Pour les trois autres gestionnaires rencontrées, les intervenantes demeurent très autonomes. Plus spécifiquement, l'une d'entre elles considère que cette autonomie est essentielle, car, en maintien à domicile, les intervenantes doivent prendre rapidement des décisions. « En maintien à domicile, ce sont des personnes qui sont très autonomes. C'est important qu'ils aient cette autonomie-là parce que justement pour pouvoir discuter avec la famille il faut qu'elles conservent cette autonomie, il faut qu'on leur fasse confiance. » (4G2).

Une intervenante rencontrée ne semble pas partager cet avis, considérant qu'elle avait plus d'autonomie avant la fusion. Selon celle-ci, il était plus facile de prendre une décision et d'en assumer les conséquences. « J'avais plus d'autonomie avant parce qu'à domicile [je n'avais] pas nécessairement le temps de consulter, je prenais une décision. J'avais moins de crainte du blâme ou du tollé ou de la répercussion que ça peut prendre. » (4I1). Auparavant, la vision des supérieurs immédiats était connue ce qui rassurait les intervenantes dans les décisions à prendre. Alors que les changements à venir concernant les supérieurs immédiats engendrent un sentiment d'insécurité. « C'est beaucoup de gens en place qui nous arrivent d'un milieu hospitalier, qui n'ont pas la même culture. C'est plus insécurisant et je trouve que j'ai perdu de l'autonomie professionnelle à ce niveau-là. » (4I1).

Une autre intervenante partage le même avis, exprimant sa confiance envers son supérieur actuel qui provient du même milieu. « La personne qui est là par intérim, c'est une ancienne intervenante qui était au soutien à domicile. Elle connaît le secteur et il n'y a pas de problème. » (4I2). Par contre, les changements pourront affecter positivement ou négativement son autonomie. « Mais par rapport à d'autres personnes qui vont arriver, les exigences qu'on va avoir, ça peut peut-être toucher notre autonomie. » (4I2).

En contrepartie, une intervenante se considère autonome, malgré les nombreux rapports, les statistiques et la reddition de comptes. « Il y a plus de rapports, les statistiques sont plus surveillées. Ça c'est une différence depuis qu'on est fusionné [...] mais on a encore notre autonomie professionnelle. » (4I3).

Organisation du travail

La fusion des établissements de santé et services sociaux ayant mené à la création des CSSS semble avoir eu différents effets sur les relations entre les intervenants. De prime abord, la majorité des intervenantes et gestionnaires rencontrées reconnaissent une meilleure communication, une augmentation du travail en interdisciplinarité, et une plus grande concertation. Quelques éléments plus négatifs ont toutefois été soulevés, sans faire l'objet d'une unanimité. Ainsi, certaines personnes ont connu des difficultés d'interprétation de la convention collective et une seule gestionnaire fait part de ses inquiétudes quant au sentiment d'appartenance au sein de l'équipe de maintien à domicile.

Les intervenantes se disent davantage invitées à travailler au sein de comités, autant au CSSS-3 qu'au CSSS-4. « Nous sommes peut-être plus interpellées dans différents comités

avec les infirmières de liaison » (4I1) à développer une philosophie d'intervention centrée sur les besoins du client : « Qu'est-ce que nous avons à gagner pour ce client-là? » (4I1). Dans un esprit de continuité et complémentarité plutôt que de concurrence, en tenant compte des besoins de l'une et l'autre mission, « nous travaillons pour le même établissement » (4I1) : « Je sais qu'il faut que tu libères ton lit, mais moi il faut que je trouve ma ressource » (4I1). Les gestionnaires reconnaissent également ce travail d'équipe : « Ils sont invités aux équipes multidisciplinaires en milieu hospitalier. » (3G1).

Les relations se sont beaucoup améliorées parce que « il y a une communication qui est plus grande » (3G3). Celle-ci pourrait être attribuée directement à la fusion : « Faire partie d'un seul établissement, je pense que cela a facilité le contact avec les autres missions. » (3G2). Plusieurs intervenantes sociales soulignent qu'elles entretenaient déjà des relations positives avec leurs collègues, et que la fusion n'a assuré que la continuité de cette bonne collaboration. « Les travailleurs sociaux de l'hôpital ce sont mes collègues au même titre qu'ils l'étaient avant la fusion. » (4I1). Cette collaboration s'étend à un ensemble de disciplines professionnelles. « Nous avons toujours travaillé en collaboration avec les ergothérapeutes, les physio, les infirmières, et nous continuons. » (4I2). Selon un intervenant du CSSS-3, la petite taille de l'établissement pourrait engendrer un effet positif facilitant les communications et les relations au travail. « Le personnel n'est quand même pas si nombreux. Alors, je pense qu'à ce niveau-là c'est quand même assez bien. » (3I1).

Ce travail en interdisciplinarité entraîne divers effets positifs. D'abord, il facilite le travail des intervenantes qui peuvent compter sur une plus grande diversité de moyens disponibles dans l'offre de services aux personnes âgées en perte d'autonomie : « Ça va aussi aider aux moyens qu'on va prendre pour garder les gens à domicile » (3I2). L'évaluation des besoins et des services à mettre en place étant partagée, « se met en place une certaine structure et une collaboration avec des partenaires qui ne sont pas juste à l'interne, mais à l'externe. » (3I2). Pour cette intervenante, il devient donc possible d'explorer de nouvelles avenues et d'intervenir de façon moins traditionnelle. L'interdisciplinarité entraîne également un effet de décloisonnement des pratiques au niveau de la première ligne. « On dirait que c'est plus facile, que cela a comme décloisonné la première ligne. » (4I1). Au CSSS-3, une gestionnaire indique pour sa part que ce décloisonnement des pratiques était déjà réalisé, même avant la fusion. « Il n'y avait aucun intervenant social dans le centre hospitalier [...] donc les intervenantes sociales du CLSC [...] sont toujours venues au centre hospitalier [...] Donc c'était déjà décloisonné. » (3G3) Il semble que ce soit davantage dans les situations où un besoin d'hébergement temporaire est requis pour une personne âgée que la création du CSSS ait apporté des améliorations, car maintenant « l'hébergement temporaire est dans leur programme » et qui plus est, « c'est leur propre directeur qui est responsable de l'hébergement temporaire » (4G2). Les problèmes de référence et de paliers décisionnels sont donc résolus, la décision appartenant au même programme et à la même direction.

Certaines personnes rencontrées estiment que, pour atteindre ce niveau de collaboration, une nouvelle philosophie et de nouvelles valeurs ont dû être développées. « Ça oblige d'une part au niveau de l'organisation à une vision, à des valeurs. » (3I1). Cette vision semble commune aux deux CSSS. « Je pense qu'il y a une volonté à ce qu'il y ait la continuité. » (4I1). Une gestionnaire reconnaît que c'est avec le temps que celle-ci s'est implantée. « Les relations [...] ça aussi c'est une philosophie, c'est nettement amélioré. » (3G3) Et, pour le CSSS-3, la perception des intervenantes s'avère positive. « Je pense qu'en général ça se fait de bonne foi et dans le respect des personnes. » (3I1).

Cette plus grande concertation, quoique positive, entraîne parfois certaines contraintes. Pour une intervenante, ce travail en équipe interdisciplinaire demande beaucoup de « paperasse, de concertation et [...] ça demande plus de gymnastique (...) pour avoir le pouls de tout le monde. » (3I3), ce qui alourdit considérablement la tâche. Une gestionnaire commente les deux faces de l'interdisciplinarité : « C'est très enrichissant, mais en même temps c'est très fragile. » (3G3). Ce travail en construction depuis plusieurs années, même avant la fusion, nécessite de clarifier les rôles et responsabilités de chacun : « Il y a beaucoup de zones grises et ça ne prend pas un gros problème pour heurter l'un et l'autre. [...] Dans les années 90, chacun avait peur que l'autre empiète sur son territoire, empiète sur son champ professionnel. Ces barrières-là sont tombées. » (3G3) Au CSSS-4, les efforts en ce sens sont ressentis comme une amélioration de la situation. « Ça ouvre, mais très tranquillement [...] on s'apprivoise tranquillement l'un et l'autre. » (4G2).

À l'opposé, une intervenante en soins palliatifs du CSSS-4 mentionne avoir eu plus de difficultés à intervenir en milieu hospitalier. La venue des intervenantes du CLSC est incomprise tant par les travailleurs sociaux que par les infirmières qui ont fait appel à leur syndicat : « C'est une question syndicale je pense, parce que je suis rattachée au CLSC et non à l'hôpital » (4I3). Une gestionnaire confirme la difficulté vécue en soins palliatifs : « Il y a une fermeture des intervenants de l'hôpital : on entre sur leur territoire. [...] J'ai eu le syndicat [...] il y a une résistance autant des infirmières que des intervenants psychosociaux. » (4G2). Cette gestionnaire déplore la situation : « Ils ont l'impression qu'on leur vole leur travail ». On devrait plutôt miser sur l'effet positif de la continuité et de la complémentarité ainsi obtenus : « On est en continuité, on est là pour s'entraider. Ils font une partie et nous autres on prend l'autre. » (4G2). Lorsque la personne âgée est déjà connue par une intervenante du CLSC, il y a une meilleure continuité de services et une meilleure organisation pour préparer la sortie de l'hôpital et éviter la porte tournante. « Il faut qu'il se fasse un lien beaucoup plus étroit entre les intervenants sociaux d'un milieu hospitalier et du CLSC. » (4G2). Selon celle-ci, la situation a été clarifiée et le problème se serait réglé par la suite, mais la situation n'était pas encore clarifiée au moment de l'entrevue. « Elle peut même pas rentrer encore! » (4G2).

Pour une autre gestionnaire, la fusion a davantage provoqué une dissociation de l'équipe de maintien à domicile qui est maintenant fragmentée, même géographiquement. Elle dit craindre que la fusion rende de plus en plus procéduraux les liens entre les individus, brisant ainsi l'esprit d'équipe et le sentiment d'appartenance. « À l'intérieur d'une grosse organisation on tend à reconstituer des cellules plus petites où les gens ont une prise sur la réalité [...] avec ça vient l'appartenance [...] là on va venir toucher ça dans les changements. » (4G1) La fusion des établissements a créé une meilleure synergie entre les différents professionnels, mais a dispersé les intervenants psychosociaux sur le territoire, affaiblissant les liens au sein de leur propre équipe.

Reconnaissance de la pratique psychosociale

La reconnaissance de la pratique psychosociale est tributaire de la connaissance que les gestionnaires et les intervenants des autres services ont de ce type d'intervention. « La reconnaissance [...] c'est lié à l'expertise et c'est lié à leurs connaissances. » (3G2). Au CSSS-3, cette reconnaissance est établie depuis longtemps. « Ils ont toujours été très bien reconnus et avaient une très bonne crédibilité, même avant la fusion. » (3G2). Pour le CSSS-4, les intervenantes considèrent qu'elles sont peu connues, donc elles ne peuvent être reconnues. « On sait pas quelle valeur on a pour le CSSS. » (4I1). Cette situation oblige les intervenantes à démontrer constamment leurs capacités et leur crédibilité. Pour elles, il faut constamment « prouver notre valeur, prouver notre travail, prouver ce qu'on fait. » (4I1). Les modèles d'intervention en CLSC s'avèrent différents de ceux pratiqués en milieu hospitalier, entraînant le besoin de « justifier, expliquer, faire connaître ce qu'on fait, parce que ce n'est pas du tout la même manière d'intervenir que sur un département. » (4I2). Pour cette intervenante, il s'agit davantage d'une « question de connaissance qu'une question de mauvaise volonté. » (4I2). La situation semble plus facile lorsque les intervenantes sont intégrées à une équipe dans le cadre d'un mandat particulier, par exemple en soins palliatifs. « Je suis reconnue à l'hôpital parce que je fais [partie de l'équipe de soins palliatifs]. Nous allons avoir plus de reconnaissance quand ça va être plus spécifique. » (4I3).

La reconnaissance de la pratique s'observe aussi, selon une gestionnaire, par l'augmentation des mandats confiés aux intervenantes sociales, telle la gestion de cas. « Le choix de l'établissement de donner cette fonction-là de gestionnaire de cas à l'intervenant psychosocial, c'est, dans l'histoire de l'établissement, une place importante donnée à l'intervenant psychosocial. » (3G1). Une intervenante souligne se sentir reconnue parce qu'elle reçoit plus de références de la part des infirmières.

Il semble qu'avec l'adoption de l'approche gériatrique, les intervenantes du milieu hospitalier connaissent et apprécient mieux le travail réalisé par les intervenantes du CLSC. « Ils se rendent compte que l'intervenant social en maintien à domicile est capable d'amener un encadrement intéressant au niveau du milieu. » (4G2). Cette reconnaissance

favorise une plus grande utilisation de l'ensemble des ressources disponibles. De plus, l'intervention à domicile permet une meilleure identification des besoins réels des personnes âgées en perte d'autonomie, ce qui est plus difficilement réalisable en contexte hospitalier. « Quand elle retourne chez elle [...] il y a des choses qu'elle peut ne plus vouloir, même si elle a dit oui à l'hôpital. » (4I3) Le climat de confiance s'établit plus facilement dans le milieu naturel de la personne : « Ils ont le climat de confiance, les intervenants quand ils vont à domicile. Le client va s'ouvrir beaucoup plus qu'à un intervenant en milieu hospitalier. » (4G2).

Toutefois, selon une répondante, la compréhension du milieu hospitalier envers les services offerts par le CLSC semble être unidirectionnelle en fonction des besoins de l'hôpital. « La compréhension du CSSS avec le maintien à domicile, c'est que le maintien à domicile doit être au service de l'hôpital. » (4G2). À la lumière des idées émises par cette répondante, il semble se développer une offre de services orientée davantage vers les besoins de l'institution que vers les besoins de la population.

Une période d'adaptation semble nécessaire « parce qu'il faut apprendre à se connaître. » (4G4).auprès des personnes âgées, « Tout le monde a eu à modifier un peu ses façons de voir et ses façons de faire » (4G4), principalement au CSSS-4 où la fusion est plus récente. Cette période d'adaptation semble avoir produit de bons résultats. « Les intervenants sont quand même pragmatiques et réalistes [...] ils se disent "dis-moi où je vais être" et une fois que le choc est passé "je vais m'ajuster à ça" » (4G1). Ils réussissent effectivement à s'adapter en se concentrant sur leur rôle d'intervenant. « Il y a une grande capacité d'adaptation parce qu'ils se valorisent beaucoup par le travail clinique. C'est plus valorisant faire les interventions. » (4G1).

La pratique psychosociale aurait avantage à être plus reconnue. « Je pense que le psychosocial devrait avoir plus de place que ça. » (4G1). Pour une gestionnaire, « il y a toujours un contentieux entre la santé et le social qui est présent [...] c'est un peu comme une marginalisation du social. » (4G1) On semble l'utiliser en cas de crise seulement, alors que plusieurs situations problématiques nécessiteraient une intervention psychosociale. Entre autres celle-ci devrait être développée en CHSLD : « Il y a une absence totale en milieu CHSLD de travailleurs sociaux, alors qu'il y a des conflits, des tensions, le milieu familial. » (4G1). Des ressources devraient donc être mises en place pour faciliter l'intégration et l'adaptation des personnes âgées en milieu d'hébergement institutionnel. « Ils ont une perte de santé, une perte d'autonomie, mais en même temps ils ont du senti à l'égard de ça, ils ont des inquiétudes. » (4G1).

Une intervenante du CSSS-3 se questionne quant à savoir si la mission préventive attribuée au CLSC existe encore : « Ça me questionne tout le temps (...) je ne sais pas si c'est la visibilité qui n'est pas là » (3I2). Une gestionnaire du CSSS-4 mentionne à l'inverse qu'en

milieu hospitalier, il y a une perception négative envers le travail des intervenantes sociales du CLSC qui serait axé uniquement sur le préventif. Il leur a donc fallu développer des liens, à faire connaître l'offre de services, tant du CLSC que des organismes communautaires, définir les rôles de chacun et amener les établissements à travailler en continuité. « On développe un lien pour dire à l'hôpital vous vous rendez jusque-là, nous autres on le prend en charge et on le rend jusque-là, et le communautaire le prend là. » (4G2). Les résultats se sont avérés positifs et le milieu hospitalier est davantage conscient des services de première ligne offerts par les intervenantes du CLSC. La participation des médecins fut un incitatif pour atteindre ce résultat. Siégeant maintenant aux comités interdisciplinaires, « les médecins avaient une croyance que ça se développe. » (4G2). Ce qui est souhaité, c'est d'harmoniser les services afin de véritablement améliorer les services offerts aux personnes en PALV. « Si on réussit à harmoniser cette pratique-là, c'est rien qu'un plus pour le client. » (4G2).

3.3 Changements dans la pratique d'organisation communautaire

A. REGION DE MONTREAL

Le regroupement de plusieurs CLSC dans un CSSS entraîne automatiquement des changements significatifs en organisation communautaire : regroupement de territoires autrefois distincts, modification du rattachement administratif, distance plus grande avec la direction générale, etc. Ces changements créaient au moment de notre enquête une période de flottement entre des occasions de réaffirmer la contribution des OC dans le regroupement d'établissements et des menaces quant à certaines conditions importantes de leur pratique.

3.3.1 Les rapports avec les organismes communautaires et les territoires

Les entrevues ont mis en évidence que, dans les rapports des CSSS avec les organismes communautaires, on attend des OC qu'ils facilitent les liaisons, qu'ils offrent du soutien aux organismes du milieu et qu'ils favorisent une approche populationnelle dans les équipes programme.

a) Faciliter les liaisons

« Ils sont des relais » (1G2), « une façon de garder vivants les rapports avec le milieu communautaire » (1G3), disent les cadres. Dans la démarche de consultation en vue du projet clinique, ce sont les représentants des groupes communautaires qui ont demandé qu'on invite les OC parce que « c'est le genre de choses qu'ils connaissent bien » (1I7), un point de vue partagé par une conseillère-cadre (1G3). Dans les rencontres de concertation des organismes communautaires, les OC « servent d'interlocuteurs pour amener ce qui se passe dans le CSSS » (1C13). Dans les rencontres d'équipes programme, ce sont eux qui parlent des projets en cours dans la communauté (2I20). Ils interviennent auprès de la direction pour que soient mieux prises en compte les attentes des organismes

communautaires (2G25) et les caractéristiques distinctives des communautés territoriales (1G2). En fait, le rôle de liaison assumé par les OC tient à ce que, étant sur le terrain avec les groupes et dans le CSSS avec les intervenants, ils participent aux deux cultures organisationnelles. Dans les rapports entre les organismes, ils constituent une interface sur laquelle les uns et les autres peuvent compter : « Ils ont d'excellents rapports en général », estime une directrice (2G16). « C'est très aidant pour le projet d'organisation clinique d'avoir quelqu'un qui est un spécialiste de la concertation. » (1G5).

Ce type de liaison entre les groupes et le CSSS est distinct des rapports politiques de partenariat que les directions générales estiment relever de leur compétence spécifique. Les tables de développement communautaire ayant « des objectifs plus transversaux » se distinguent donc des tables de concertation sectorielles. Les premières relèvent de la direction parce qu'elles traitent d'enjeux davantage politiques, mais il revient aux OC d'assumer l'interface entre les concertations sectorielles et les programmes clientèles (1G5). Cette répartition des responsabilités ne va toutefois pas sans problème. Comme le note un intervenant, dans les CLSC l'organisation communautaire assumait une large part des rapports avec la communauté et contribuait donc à façonner les rapports de partenariat. Maintenant que les directions assument directement ces fonctions, le gain en termes d'engagement institutionnel entraîne une contrepartie de marginalisation des OC dont les pratiques supposent pourtant qu'ils soient bien au fait et puissent contribuer à la définition de ces rapports : « Il faut que la direction prenne conscience que si elle se retrouve à une réunion d'un comité, sa contribution doit venir de toute la lecture professionnelle de la communauté portée par les OC. » (1I7). La formalisation de l'organisation communautaire dans les CSSS n'empêche pas les OC de maintenir « une bonne complicité » avec les groupes communautaires, mais le renforcement institutionnel change quand même des choses et c'est perceptible pour les responsables communautaires. Leur perception c'est que « Maintenant les organisateurs communautaires ont plus de pression pour donner des services à l'interne [...] ils sont plus malaisés à nous communiquer ce qui se passe à l'interne. C'est là que la distance se crée tranquillement pas vite. » (1C12).

À la modification de la marge d'autonomie professionnelle des OC s'ajoute une perte de proximité, un déplacement d'allégeance comme l'exprime ce dirigeant communautaire d'expérience :

Avant, parce que ça fait longtemps que je travaille dans le quartier, il y a dix ou quinze ans, on travaillait avec un organisateur communautaire comme si c'était un collègue d'un autre organisme communautaire. [...] On avait l'impression que les organisateurs communautaires travaillaient pour le milieu en premier lieu et non pour le CLSC. (1C12).

Ce que confirme la directrice responsable de l'organisation communautaire : « Le CSSS a maintenu son travail avec la communauté, sauf que [...] on sent un désinvestissement dans

le secteur » (1G5). Même évaluation dans l'autre CSSS où la direction responsable des OC reconnaît : « On est considérés différemment par les groupes, ça j'en suis certaine. » (2G16). La période de mise en place des CSSS en exigeant que des énergies soient consacrées à la réorganisation, laisse l'impression que les ressources d'organisation communautaire sont moins disponibles (2C27).

b) Offrir du soutien aux groupes communautaires

Cette situation fait dire à un OC qu'il y a toujours, en arrière-plan, la crainte que les OC n'offrent plus de soutien aux groupes alors que, dans les faits, cela n'est pas remis en question (1I6). Plusieurs facteurs de nature provisoire – un congé de maladie non remplacé, une démarche de réorganisation, etc. – peuvent expliquer la situation que le contexte incite à attribuer à la création des CSSS, mais cette perception est quand même l'indicateur d'une inquiétude qui nuance le premier message reçu des responsables communautaires en entrevue à l'effet que la fusion n'avait pas changé grand-chose pour leur groupe. Le regroupement des établissements donne l'impression que « les demandes sont plus grandes », ce qui ferait en sorte qu'un organisme estime être « un peu laissé pour compte » (2C28). Cette perception n'est toutefois pas généralisée puisqu'une dirigeante communautaire affirme être « constamment en lien avec l'organisatrice communautaire » (2C29).

Reste qu'il semble plus difficile d'obtenir un soutien à long terme :

Avant la réorganisation clinique, un organisme communautaire du quartier qui avait des problèmes pouvait faire une demande au CLSC pour avoir le soutien d'un organisateur communautaire, un accompagnement de six mois, un an du conseil d'administration pour aider l'organisme à sortir de ses problèmes. Aujourd'hui, c'est de plus en plus difficile. [...] Ils réorientent de plus en plus l'organisation communautaire au niveau de la concertation. (1C12)

Les groupes considèrent importante cette fonction de soutien dans un milieu où plusieurs organismes disposent de peu de ressources professionnelles. Les directions de CSSS confirment pour leur part qu'elles ne peuvent pas « toujours répondre aux demandes de la façon dont ils voudraient qu'on y réponde parce qu'on a d'autres priorités. » (2G24). Devant certaines attentes, une directrice se dit « soucieuse qu'ils [les OC] ne deviennent pas de la main-d'œuvre à bon marché pour des organismes communautaires mal financés. » (2G16). Vu par les responsables communautaires ce risque s'explique par le fait que, dans les démarches de concertation, les directions d'organismes communautaires n'ont « pas énormément de temps à mettre sur la poutine et tout le travail clérical, la logistique, donc l'organisateur communautaire abattait beaucoup de boulot. Et là, on nous a annoncé dernièrement qu'il fallait qu'il diminue son implication. » (1C12).

Cette double diminution de disponibilité dans le soutien aux groupes et dans le soutien à la concertation soulève la question : « où est-ce que va l'organisation communautaire à ce moment-là ? » (1C12). Le renforcement de l'allégeance au CSSS comme employeur ferait-il en sorte que les interventions des OC soient plus limitées ? Cela semble le cas lorsqu'une situation place un groupe en désaccord avec le CSSS : même si un OC « travaille beaucoup pour le groupe » et « met beaucoup d'énergie pour les groupes, pour aider à défendre certains droits. », il « ne peut pas vraiment parler » car « le CLSC c'est leur employeur » (2C28).

Une autre inquiétude c'est la contradiction entre l'allocation de fonds et le soutien aux groupes :

Pour l'instant, le rôle qu'ils ont à jouer c'est justement organisateur communautaire. Ce ne sont pas des gestionnaires, et ça, je pense, ce serait très important que ça demeure comme ça parce que sinon, si dans les réunions il faut qu'on fasse toujours attention à ce qu'on dit parce que la personne peut intervenir dans nos subventions, je pense que les liens ne seraient plus les mêmes. (1C12).

c) Contribuer à l'approche populationnelle

Pour un OC, passer des « services aux personnes âgées et en perte d'autonomie » aux « services à domicile » constitue une perte : « On se définit comme organisme de services [...] on n'aborde pas globalement la situation des personnes âgées sur le territoire. [...] On est défini par un service et non par les besoins des personnes. » (1I7). La direction du CSSS affirme pourtant compter sur l'organisation communautaire pour « l'analyse de quartiers à la loupe » (1G5) et « faire en sorte que les programmes soient nourris de la communauté » (2G16). L'une des attentes de la direction est que les « équipes terrain dans les programmes [...] [soient] nourries par une équipe d'organisation communautaire » et développent une « approche communautaire » (2G16). En fait, la volonté c'est de faire en sorte que l'approche populationnelle ne se limite pas comme actuellement à la « surveillance de l'état de santé », mais qu'elle permette de « s'impliquer carrément dans des problématiques sociales précises » (2G16). Cette approche permettrait-elle d'établir un pont entre services et action communautaire ? Ici aussi il faut noter la divergence de points de vue entre une logique de milieu et une logique de services. Pour l'OC, l'approche populationnelle c'est la prise en compte de la réalité globale de la communauté dont le CSSS s'éloigne en cherchant à appliquer une logique de programmes à inscrire dans la réalité de la communauté.

Dans un programme, la présence d'un OC ça « fait quelqu'un qui a le potentiel de l'approche citoyenne », qui sait « toute la place des usagers sur les conseils d'administration » (1G5). « Ils sont sur le terrain, auprès des groupes communautaires, alors c'est certain qu'ils ont un apport majeur et c'est pour ça qu'on trouve important de les

associer à la définition des programmes. » (1G3). Une directrice dit des OC « Ils me nourrissent jusqu'à un certain point à partir de leurs dossiers. » (2G16). Les OC, pour leur part, essaient « d'outiller le plus possible les intervenants au niveau de la connaissance du milieu, mais aussi des services qui existent dans la communauté pour leur clientèle » (2I20). Au moment de la création du CSSS, des OC ont sollicité une rencontre avec la direction pour faire valoir qu'ils peuvent être des agents de liaison : « on est les oreilles du milieu, on a une bonne analyse du milieu, prenez donc notre contribution, on vous l'offre sur un plateau » (2I21).

3.3.2 Les rapports avec la direction, l'organisation du travail et l'encadrement

Le questionnement surgit non seulement de la réorganisation des structures de gestion dans les CSSS, mais aussi du fait que les directions dont les OC sont maintenant plus éloignés, établissent des rapports directs avec les partenaires de la communauté dans le cadre de structures de concertation. Ces instances sont formées de « gens qui, à la limite, vont convenir de choses sans qu'ils aient été élus » de telle sorte que cela « enlève tout le côté d'être redevables » (1I7). Tenue en marge du processus, l'organisation communautaire risque de perdre son rôle de chien de garde du bien commun dans les démarches de concertation, un rôle qui fait partie des attentes du milieu et donc de la légitimité des OC dans leur communauté.

La période de création des CSSS représente un moment de transition quant à la place de l'organisation communautaire dans l'organigramme. Au moment de notre enquête, l'organisation du travail et l'encadrement des OC n'étaient pas encore entièrement définis. Les deux équipes d'OC venaient tout juste d'être mises en place. Une démarche d'élaboration de cadre de référence était en cours dans l'un des CSSS et souhaitée dans l'autre. Ces processus favorisent que les OC clarifient leurs orientations professionnelles et en conviennent avec les cadres du CSSS.

Un cadre de référence « c'est un outil qui appartient d'abord à l'équipe d'organisation communautaire », la recherche d'une façon de « décrire comment on peut mettre ensemble la richesse de chacune de nos interventions » et d'aller chercher « l'assentiment de la direction générale et du conseil d'administration » (1G5). Ça devient une façon de définir « une offre de services en organisation communautaire » qui « corresponde le plus possible à ce que les organisateurs communautaires font » (1G5).

La préoccupation c'est de définir les rapports avec la direction générale et les directions de programme. Dans un des CSSS étudiés, on veut que l'arbitrage des priorités « soit connecté à la direction générale » tandis que les relations avec les programmes clientèle relèvent de la coordination avec les directions de programmes (1G5). Le regroupement des OC dans une seule équipe pose à cet égard des contraintes à leur rôle d'« interface avec les équipes qui ont besoin d'avoir la connaissance du milieu [...] parce qu'ils ne sont plus sur les listes

des chefs de services » (1G5). On en est donc au stade de voir « comment on va articuler tout ça ensemble » (1G2).

Dans l'autre CSSS, les rencontres entre la direction adjointe et les OC ont lieu aux six semaines :

Moi, je leur porte beaucoup d'intérêt, je veux voir où je dois appuyer et où je dois être en question. Je fais le lien avec le conseil d'administration. Il arrive souvent que j'apporte des choses au conseil d'administration. [...] Des réalisations, des demandes d'appui surtout. Les préoccupations, j'essaie de les régler à mon niveau. Ils ont rarement des préoccupations qui nécessitent un conseil d'administration. (2G16).

Entre ces rencontres, c'est une OC choisie par ses pairs qui agit comme chef d'équipe : « C'est un lien que je veux. C'est quelqu'un qui a de la vision et je lui ai dit que je voulais qu'on "fly" un peu. » (2G16). Entre les attentes du CSSS et « les sollicitations qu'ils ont, qui sont nombreuses, elle crée un tampon » en même temps qu'« elle soutient les gens au plan des opérations, de l'acte professionnel, de l'organisation communautaire, ce que je n'ai pas le temps de faire. » (2G16). Au moment de l'enquête, cette équipe en était à ses premières rencontres et les OC étaient installés dans les mêmes sites qu'avant leur regroupement dans une seule équipe. Le sentiment d'appartenance des deux OC des services aux personnes en PALV allait davantage au programme-clientèle qu'à cette nouvelle équipe unifiée.

3.3.3 Reconnaissance de la pratique

Du côté de l'organisation communautaire, deux inquiétudes émergent. D'une part, on craint que les OC soient requis pour mettre en œuvre « des commandes de services de notre direction » et de la santé publique, et doivent concentrer leurs interventions « beaucoup plus peut-être sur les personnes en perte d'autonomie » aux dépens de la prise en compte de la réalité globale des personnes âgées du territoire (2I21). D'autre part, on s'interroge sur la capacité « de maintenir la qualité des rapports que nous avons avec les organisations communautaires en dépit, malgré ou en raison de ce que le CSSS va nous imposer » (1I6). L'organisation communautaire sera-t-elle réduite à « une voie qui serait Côte-des-Neiges », faisant des OC des agents de programme ? Pourra-t-elle plutôt maintenir « la tradition de l'organisation communautaire dans un nouveau rapport avec la direction ? » (1I7).

L'abolition des postes d'OC au CSSS de la Montagne⁵ au profit d'agents de programmation et de développement constitue un référent collectif qui inquiète, mais aussi un modèle qui ne semble pas intéresser les CSSS où nous avons mené l'enquête. Selon un OC, « le syndrome de Côte-des-Neiges est dans le système. Il y a dans le système une logique qui

⁵ Voir à ce sujet : Bourque, D. (2008). « Le CSSS de la Montagne fait fausse route », *Interaction communautaire*, no 77, Hiver-Printemps, pp. 8-9.

amènerait là », c'est-à-dire être des exécutants de programme déjà définis. Du même souffle, il estime que la tradition de l'organisation communautaire incite plutôt à établir avec la direction un nouveau rapport dans lequel les OC deviennent des agents de partenariat avec le milieu (1I7). C'est un point de vue partagé par une directrice :

Moi je pense que l'organisation communautaire c'est un des piliers de l'organisation. Ça va continuer de l'être. Il y a un départage à faire. Ils travaillaient surtout avec le communautaire, actuellement, vous avez raison, je les amène à travailler plus avec le CSSS et éventuellement plus avec les partenaires socioéconomiques. [...] Nous avons différentes mises au point à faire là-dedans ici, et des organisateurs communautaires à ajouter. Nous n'en avons pas assez. (2G16).

La démarche d'élaboration des cadres de référence locaux constitue une avenue de reconnaissance de la contribution spécifique de l'organisation communautaire. Par-delà le papier, c'est un moyen de « se dire entre nous autres ce qu'on fait et qui on est » et d'aller chercher l'assentiment de la direction voire du conseil d'administration (1G5).

B. REGION DU SAGUENAY

3.3.4 Description de tâches et reconnaissance de la pratique de l'organisation communautaire

La création des CSSS, du point de vue des répondants, semble avoir apporté peu de changements significatifs au niveau des tâches et fonctions des organisateurs communautaires (OC). De manière générale, on constate surtout que les changements demeurent à un niveau purement administratif, à savoir que désormais, les OC sont rattachés à la direction de la santé publique. Le changement le plus manifeste est probablement celui de leur participation à l'élaboration des projets cliniques (4C1, 4G2, 4I4), soit en tant que participant aux tables de travail (4I4, 3I1) ou encore, en tant que consultant pour le choix des acteurs habilités à participer à ces tables (3I1). Pour le reste, le travail sur le terrain serait sensiblement le même, du moins, au moment de la conduite des entretiens de recherche (4I4, 3G3, 3I1), bien qu'une personne d'un organisme communautaire appréhende une moins grande disponibilité des OC pour les instances de collaboration inter organisationnelle telles les tables de concertation (4C2). Certains gestionnaires répondants croient même que le fait d'œuvrer désormais au sein d'une administration plus large pourra « enrichir » le travail des OC (3G3) et qu'ils deviendront plus sollicités qu'auparavant, surtout en tant qu'agent de liaison entre les organismes communautaires et les CSSS (3G2). D'une certaine manière, les gestionnaires pensent que c'est là une occasion de pollinisation des CSSS concernés avec des valeurs communautaires, de mettre de l'avant cette forme d'intervention méconnue des acteurs provenant de la mission hospitalière des établissements fusionnés (3G2, 4G2). Somme toute, les gestionnaires estiment que le peu de changement constaté ou anticipé demeure

généralement positif autant pour les intervenants eux-mêmes que pour la population desservie par les CSSS.

La question de l'autonomie professionnelle a généré des commentaires plus nuancés. On semble ressentir une volonté de mieux encadrer la pratique de l'organisation communautaire (3I1, 3G3), voire de « contrôler » certaines des initiatives normalement réalisées par les intervenants (4G1, 4G2). On fait notamment référence aux sorties publiques dans les médias locaux que pouvait faire un OC au nom d'un organisme ou un groupe pour mobiliser la population ou dénoncer une situation problématique. Sans nécessairement obtenir une autorisation en bonne et due forme de leurs supérieurs, les intervenants doivent désormais prendre en considération « l'image » du CSSS afin de s'assurer qu'elle ne sera pas entachée par les propos émis lors des déclarations publiques (4G1, 4G2, 4I4). Cette nouvelle directive semble avoir désarçonné quelque peu les OC, habitués à réagir rapidement en sollicitant l'appui du public dans des dossiers spécifiques et a même été source de friction dans les premiers temps de la création des CSSS. On reconnaît toutefois que les gestionnaires sont prêts à laisser une certaine « latitude » aux OC compte tenu de la nature de leur travail (4G2).

En dépit de cette ouverture, il reste que certaines personnes semblent être inquiètes pour la reconnaissance de l'organisation communautaire dans les CSSS (4G1, 4G2, 4I4). Cela ne se fera pas sans travail de la part des OC pour « ramener » constamment leur apport et la valeur de leur travail (4G1, 4G2). Le fait que l'équipe des intervenants communautaires de l'un des CSSS ait été divisée dans deux sites distincts fait craindre une perte d'influence (4G1) et par ricochet, une moins grande reconnaissance de l'organisation communautaire (4G2). Cette situation n'est toutefois pas nouvelle pour certains intervenants interrogés. Même au sein des défunts CLSC, le travail des OC était méconnu et les intervenants parfois regardés avec suspicion « parce qu'ils rentrent et ils sortent comme ils le veulent » (4I4). Les OC ont peu d'espoir que la situation s'améliore dans une organisation considérablement plus grande et encore moins familière avec la profession de l'organisation communautaire et ses modes particuliers d'intervention.

3.3.5 Encadrement administratif et organisation du travail

Ces situations problématiques ne sont pas sans lien avec les multiples changements de supérieur immédiat qu'ont vécus certains intervenants ces dernières années (4G1, 4G2, 3G2). Passant de supérieurs immédiats familiers aux pratiques d'organisation communautaire à d'autres provenant des milieux hospitaliers moins familiers avec ce genre de pratique, les OC et les gestionnaires concernées ont dû apprivoiser mutuellement les tâches dévolues à chacun. La perte de supérieurs immédiats ayant une formation originelle en organisation communautaire a porté un coup dur à la supervision clinique des OC des deux CSSS qui se retrouvent, au moment des entretiens de recherche, sans ressource de ce type (4I4, 3G3). Dans l'un des CSSS à l'étude, la direction est toutefois ouverte à ce que les

OC fassent appel à des personnes extérieures à leur milieu de travail pour tenter de combler leur besoin, voire obtenir des formations spécialisées dans leur domaine (4I4). En attendant qu'une solution satisfaisante soit trouvée, les OC semblent relativement à l'aise avec ce compromis bien que, de l'avis de plusieurs, la question de la supervision clinique devrait faire partie des priorités des gestionnaires (4G1, 4I4, 3G3). Hormis ces derniers éléments, peu de changements ont été identifiés par les répondants en regard de l'organisation du travail et de l'encadrement administratif. La création du CSSS-4 est trop récente pour observer des impacts concrets (4G1, 4G2, 4I3, 4I4) et pour le CSSS-3, il ne s'agit que de formalités et de « changements de titre » du cadre en question, sans effets réellement perceptibles sur la pratique de l'organisation communautaire (3G1, 3I1).

3.3.6 *Rapports entre les organisateurs communautaires et la direction du CSSS*

Malgré le fait que les rapports entre la direction et les OC aient été qualifiés de « cordiaux » (3I1, 3G1), on sent une tension sous-jacente dans les propos des répondants pour l'un des CSSS participant, voire un conflit appréhendé. Selon certains gestionnaires, les OC sont perçus par la direction générale comme des « contestataires » se prévalant largement du droit de remettre en question les directives des établissements. Que cette réputation soit fondée ou non, les intervenants et les directeurs de programmes interrogés sentent que les dissensions ne seront dorénavant plus admises au sein de la nouvelle organisation (4G1, 4G2, 4I4). Fait intéressant, ce sont les gestionnaires qui semblent percevoir plus intensément ce changement, affirmant que si les OC devenaient « trop turbulents, ils se feraient remettre à leur place » (4G1).

Le lien que les intervenants entretiennent avec la direction générale du CSSS est moins direct. Les intermédiaires se sont multipliés de façon importante de sorte que désormais, pour une demande particulière, le chemin à suivre est celui du « chef de service, des cadres intermédiaires, des cadres supérieurs, de la direction générale et du CA. » (4G1). Cette nouvelle façon de faire favorise un repli de part et d'autre. La direction semble moins intéressée à laisser « transpirer vers le bas » le processus de décision (4G1, 4G2) et ne s'en cache d'ailleurs pas (4G1, 4I4). Peu habitués à ce fonctionnement très hermétique, les OC ont expérimenté des situations difficiles où ils se sont fait reprocher leur trop grande « initiative » (4G1, 4I4). Cette « lourdeur administrative » est perçue négativement par certains répondants qui croient qu'elle conduira, à terme, à un « désenchantement général » (4G1) ou encore à un manque de volonté de prendre des initiatives. On craint de devenir des « fonctionnaires avec tous les préjugés qu'il y a en arrière de cela » (4I4).

3.3.7 *Rapports avec les organismes communautaires*

En regard des rapports avec les organismes communautaires, les répondants ne semblent pas constater de changements majeurs, qu'ils soient positifs ou négatifs (4G1, 4I4, 3G2, 3I1). Pour certains, il semble même que l'approche populationnelle préconisée laisse

entrevoir une place plus grande aux organismes communautaires ainsi que de meilleurs rapports entre les deux types d'organisations (4G1, 3G2, 3I1). Si, pour l'instant, les relations semblent inchangées, on sent une volonté de rester alerte à toutes nouvelles orientations qui pourraient compromettre les rapports et amoindrir les acquis des organismes communautaires (4G1, 4I4).

On constate donc que la pratique de l'organisation communautaire paraît, au moment de l'enquête, avoir été peu touchée par la création des CSSS. Certes, les intervenants ont changé de gestionnaire ainsi que de département, mais le travail sur le terrain demeure relativement inchangé. Ce sont probablement les mécanismes de communication entre la direction générale et les cadres et intervenants qui ont subi le plus d'impacts, du moins pour l'un des deux sites à l'étude. La méconnaissance de l'autre qui en a résulté a généré des conflits qui ont échaudé les OC et leurs supérieurs immédiats et qui les ont rendus plus prudents. Toutefois, comme il a été spécifié par deux répondants, l'ensemble des acteurs était alors plongé dans une « phase d'apprivoisement » (4G2, 4G3) qui peut être vue comme transitoire. C'est pourquoi les changements sont généralement attendus de manière positive et l'on appréhende peu d'effets sur la pratique de l'organisation communautaire.

3.4 Le projet clinique du programme PALV

A. REGION DE MONTREAL

3.4.1 Processus d'élaboration, participation et appropriation

Les deux CSSS ont suivi des démarches différentes pour établir le projet clinique pour les personnes en PALV. Dans l'un, la démarche a été participative avec des représentants mandatés des organismes communautaires, des membres du personnel et des partenaires institutionnels. Dans l'autre, la direction a organisé la production d'un document synthèse dans lequel des cibles ont été retenues pour le programme PALV et dont les partenaires ont été informés. Dans l'un et l'autre établissement toutefois, la majorité des membres du personnel des services PALV que nous avons rencontrés, partage l'évaluation de ne pas avoir été vraiment associée à la démarche de projet clinique.

La démarche participative du CSSS 1

La démarche participative n'impliquait pas tout le monde parce qu'il est impossible d'asseoir « 250 personnes autour de la table, ça ne marche pas » (1G1). On a donc invité des représentants des partenaires communautaires en respectant leur volonté que les deux tables de concertation des organismes travaillant avec les personnes âgées du territoire soient présentes. Au niveau du personnel, on a sollicité une intervenante communautaire et au niveau des autres institutions (CHUM, OMH, etc.), les divers partenaires ont envoyé quelqu'un pour les représenter. Du point de vue de la direction, la démarche a été satisfaisante pour les partenaires parce que « les choses ont été dites comme elles étaient, on n'a pas essayé d'emballer les choses » et parce que « tous les partenaires ont eu une

place, la même place j'oserais vous dire » (1G3). Cette évaluation est partagée par les représentants du milieu communautaire qui ont apprécié que la directrice générale accepte de modifier son projet initial pour respecter la volonté des groupes d'avoir une représentation par quartier, et qui estiment que ce fut « un exercice ardu, mais sain » (1C12).

On a des fois tendance dans le communautaire à se penser plus fins que la santé. Moi j'ai rencontré des gens qui avaient la même préoccupation que moi, qui voulaient faire des choses. On voyait leur intérêt pour que les choses fonctionnent. Ça m'a permis de voir aussi des gens de cœur et pas juste des gestionnaires. On n'a pas nécessairement la même manière de penser, le communautaire ou les gens du CSSS, mais par contre moi j'ai senti de l'ouverture. (1C13).

Les deux représentants du communautaire faisaient rapport régulièrement aux tables de concertation qui les avaient délégués (1C12, 1C13), et rapportaient au comité du projet clinique les remarques et attentes des organismes communautaires (1C13). « Moi j'ai quand même été consultée », nous dit une directrice d'entreprise d'économie sociale qui n'avait pas le temps de participer au comité PALV. Les travaux n'avaient pas toujours la même pertinence pour les groupes car ils n'étaient pas familiers avec certains aspects de la réorganisation des services, « par contre, ça nous a instruits », estime un délégué (1C12) et cela a permis aux intervenants du CSSS de prendre contact avec « tout ce qui se faisait dans le quartier au niveau des aînés » (1I6). Les groupes ont aussi le sentiment d'avoir pu exprimer leur différence :

Nous ce sont des bénévoles. Vous ne pouvez pas mettre [vos façons de faire institutionnelles] dans le communautaire parce qu'on n'a pas la même relation avec les personnes. Et il faut consulter parce qu'on regarde ça de façon plus globale : la personne on ne la voit pas nécessairement comme une personne âgées avec des maladies. (1C13).

Cette distance s'est affirmée de façon particulière à l'égard des ressources intermédiaires. Les organismes communautaires se démarquent de la volonté du réseau de leur faire assumer ces nouvelles installations. Lors de la première réunion du comité, quelqu'un a affirmé que cela se ferait avec ou sans le communautaire : « Moi je leur ai dit "De la manière que vous voyez ça, ça va être sans le communautaire" » (1C13).

Un élément qui a freiné la démarche participative, c'est un changement à la direction de la consultation en cours de processus : « pour toute la liaison avec le réseau local, effectivement ça a pu être plus difficile » dans ces circonstances (1G3). C'est le processus de suivi qui a été freiné, une rencontre ayant dû être annulée faute de joueurs.

Du côté du personnel, la démarche participative a eu un caractère plus ambivalent, notamment parce que peu d'intervenants du CSSS y ont été associés (1G5). Un organisateur communautaire qui demandait à des collègues du maintien à domicile s'ils avaient le document du projet clinique s'est fait répondre : « On n'a pas ça. Ça ne nous a jamais été remis. » (1I6). Certains ont le sentiment qu'« il y avait une commande » à remplir au départ, ce qui est de nature à biaiser un peu les choses : « tu te demandes si c'est pour cautionner quelque chose qui va être ça de toute façon » (1I7). D'autres estiment que pendant que l'on consulte d'un côté, « les décisions se prennent sans vraiment nous consulter » (1I10). Une autre déplore que les personnes concernées, les personnes âgées n'aient pas été associées à la démarche sinon par la présence d'une aidante naturelle qui n'a pas « eu la place à laquelle elle aurait eu droit » (1I8), même si la direction avait accepté d'élargir la table « avec plus de partenaires, avec des usagers, avec des proches aidants » (1G2). En fait, « l'institution a quand même un poids, hein! » (1I9).

La direction générale estime qu'en termes de résultats, « les deux cibles principales de ce programme-là ont été vraiment mises en place » (1G1) : la création de milieux de vie dans les centres d'hébergement et le dépistage de la surdité et des problèmes de vision en maintien à domicile. Les gens associés à la démarche ont souhaité que celle-ci se poursuive (1I8). La nouvelle direction des services de soutien à domicile et réadaptation entend utiliser le processus comme levier pour établir « des priorités d'action communes en réseau local » de façon « qu'on puisse se comprendre, établir nos priorités d'action conjointe et comment on fait pour s'intégrer et se coordonner », et élargir la table à de nouveaux partenaires (1G3).

La démarche axée sur les résultats du CSSS 2

« Nous autres on a fait un cadre qu'on a appelé projet clinique qui avait tous les axes dedans. Et là on est en train de prendre chacun des objectifs du projet clinique et de le réaliser. » (2G16) « Ce sont les directeurs qui ont fait ça et qui l'ont présenté aux cadres intermédiaires et puis après ça a été présenté aux intervenants qui travaillent directement avec la clientèle » (2G19). En fait, la direction a considéré que « les grands objectifs, il ne faut pas se le cacher, ça vient du Ministère, ça vient de l'Agence » et « c'est tout écrit ce qu'on doit faire » (2G17) : le vrai projet clinique passe par les ententes de gestion dont dépendent les budgets (2G19).

Le document global du projet clinique a été proposé à plusieurs centaines de personnes pour connaître leurs réactions : « Ça a permis de faire avancer les affaires, mais ça n'a pas été un exercice de mobilisation. » (2G16). Cette manière de procéder donne effectivement au personnel le sentiment de n'en avoir « jamais vu la couleur » (2I21) ou ne pas savoir « si c'était vraiment un projet clinique » (2I14), même si le résultat « a été déposé au CA » (2I20). Selon un cadre cela tient au fait que « les cliniciens sont rébarbatifs à ces considérations » qui ne répondent pas aux « besoins qu'eux autres ont évalués dans leur

jugement clinique » (2G19). Mais d'autres manifestent une bien faible adhésion au projet : « Il faudrait que je regarde dans ma filière » (2G24), dit l'un d'eux, tandis qu'un autre estime qu'« au niveau personnes âgées, ça semblait beaucoup être des objectifs de réduction » et que la démarche a d'abord été inspirée par « la culture d'être le meilleur CSSS » (2G25).

Un intervenant d'organisme communautaire considère qu'« il n'y a pas vraiment eu de consultation », ayant reçu l'information par l'organisateur communautaire (2C27). Dans un autre groupe, on a apprécié être associé à la réflexion durant quatre mois suite à quoi « on a eu un genre de petit résumé, mais je n'ai jamais eu de nouvelles de ça après » (2C28). Une troisième intervenante estime qu'après avoir parlé des grandes problématiques communautaires « ils ont retenu ce qu'ils pouvaient, mais la tendance est vraiment la tendance nationale » (2C29).

Suite à cette première phase, le CSSS a quand même entrepris un exercice davantage participatif afin de « créer un réseau local de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie » et cette fois, comme le précise un cadre, « tout le monde est là » (2G16). Un autre estime que « pour s'assurer que les gens adhèrent aux changements qu'on veut faire, il faut les garder impliqués » (2G17). Des gens informés et qui « font partie du processus » facilitent grandement l'implantation des changements (2G17), mais l'accumulation des mandats ajoutés comme la création des ressources intermédiaires, la certification des résidences privées, le désengorgement des urgences, l'harmonisation des services, etc. « tout ça fait que plusieurs projets cliniques sont sur la glace » (2G17).

3.4.2 Les changements dans les services aux personnes en PALV

a) Une nouvelle organisation des services aux PPALV et à l'hébergement

Pour la majorité des répondants des CSSS, la création des CSSS est une occasion d'améliorer la continuité des services à l'échelle de réseaux locaux associant tous les types d'établissements de même que les ressources privées et communautaires. Cette transformation entraîne des modifications dans les modes de pratique : intégration des services, interdisciplinarité, etc., de telle sorte qu'elle constitue aussi un processus de changement que les cadres des CSSS doivent gérer. Certains y associent les intervenants en misant sur le fait qu'ils sont « encore très mobilisés » afin « qu'au niveau de la philosophie d'intervention, on s'entende et qu'on ait une vision claire de ce qu'on a à faire » (1G2). D'autres estiment « qu'il y a tellement de changements dans l'ensemble, qu'on n'est pas capable de donner un coup de barre dans rien » (1G4). Du côté des intervenantes, c'est la mobilité des cadres qui rend plus difficiles les changements : « Nous on a quand même changé de patron deux fois depuis la fusion. » (1I9).

Une dimension des changements sur laquelle il y a généralement consensus, c'est que la création des CSSS « oblige à formaliser, standardiser et avoir des mécanismes de contrôle

plus grands » (1G2). S'ajoute à cette systématisation une centralisation des décisions par le biais des normes édictées par l'Agence : « Il y a moyen de faire différemment à mon sens, mais nous n'avons pas cette liberté-là. Ça prend l'autorisation de l'Agence et ça va continuer de la prendre quant à moi. Je ne crois pas vraiment au discours de décentralisation. » (1G1). « Les directeurs et les cadres sentons que nos sommes plus surveillés au niveau de la performance clinique et financière » (2G17).

Cette accentuation des contrôles se traduit aussi dans le fonctionnement de l'établissement : « Il faut faire des *stats* au bout! Parce qu'ils vont dire "Ah! Ce CLSC-là, les statistiques le prouvent, ils ont tant de cas, on donne un budget pour ça". Tout est comme dans une petite case. » (2I23) Le contrôle touche aussi le travail des cadres : alors qu'auparavant l'administration était au service de l'encadrement clinique, « les ressources financières, les ressources humaines, les ressources informationnelles nous demandent de produire toutes sortes d'affaires pour qu'ils puissent comprendre, saisir, contrôler et centraliser » (2G25). Ce qui fait dire à ce gestionnaire que les directions générales devraient être « à l'étape d'exercer une résistance intelligente » face à l'Agence et au MSSS (2G25).

En même temps, ces interventions de l'Agence ne sont pas toujours efficaces. Ainsi, le comité sur l'harmonisation des services, après plusieurs mois de travaux, a cessé ses activités au moment du départ de la personne responsable du dossier de telle sorte qu'« on n'a jamais réussi à voir la fin » (1G3).

L'interdisciplinarité, la gestion de cas et l'harmonisation des services sont des principes inscrits dans les orientations du MSSS depuis 2003 : « Avant même la fusion, il y avait des équipes multi et il y en avait qui appliquaient déjà l'approche interdisciplinaire. » (2G19). Cette approche répond d'ailleurs à une caractéristique populationnelle : « On dessert une population qui a des problèmes multiples et complexes, donc ça demande des interventions connexes de différentes disciplines. » (2G19). La création des CSSS a favorisé le changement de structures pour leur donner corps : « On est en train de refaire le plan, le modèle d'organisation du programme en ce moment pour que ça supporte un peu plus le travail interdisciplinaire. » (1G2). De même, la réorganisation des sites permet que « les gens soient regroupés dans le même secteur » et favorise « l'approche interdisciplinaire » (2G18). En intégrant les services, « on va suivre plus facilement l'utilisateur » et mettre l'accent sur « la gestion d'épisodes de soins » (1G2). Cependant, la mobilité des cadres fait en sorte que cette gestion est plus technique parce que « les cadres connaissent moins la clientèle » (1I10).

Quant à l'harmonisation des services, elle soulève les craintes d'intervenants puisqu'elle veut corriger des choix divergents qui avaient été faits antérieurement. « Nous, dit une travailleuse sociale, on risque de perdre » dans une standardisation qui bouscule une allocation plus généreuse de ressources psychosociales (1I8). On déstabilise les

intervenants de l'un des établissements, un peu comme si on leur disait que leurs façons de faire n'étaient pas les bonnes et qu'on leur imposait « le bon fonctionnement ». Comme le dit une intervenante, « ils en ont bavé un coup! » (2I23). Mais l'harmonisation est en général favorablement perçue par les cadres qui mettent l'accent sur une philosophie partagée (1G2, 2G17) qui ne fait pas disparaître les couleurs locales : « Mon objectif, c'est d'arriver à équilibrer pour que le client ait le même panier de services, une offre comparable » (2G17).

Les gains recherchés sont la continuité et la qualité des services. Les CSSS ont été créés par le regroupement d'établissements où « les gens ne se connaissaient pas » (1G1). En confiant les services à une même direction en fonction du cheminement des clientèles – par exemple une unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et le soutien à domicile – on installe la continuité des soins (1G2). Sur ce terrain, l'un des CSSS estime avoir déjà réalisé des gains (2G17) et fait en sorte que « la vision CLSC commence à s'installer même à l'hôpital » (2G18), ce que contestent des intervenants sociaux (2I23), estimant que « la haute direction vient du centre hospitalier » et que « c'est un peu comme si les CLSC avaient perdu leur mission » (2G24).

La mission des CSSS est d'intégrer les services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), mais aussi de créer des réseaux locaux de services, un volet sur lequel « on n'est pas très avancés » (1G3). Les maillons faibles ce sont les ressources privées et le personnel fourni par des agences privées pour pallier au manque de main-d'œuvre dans les CSSS, notamment auxiliaires familiales et infirmières. Le niveau d'insatisfaction est très élevé, tant chez les travailleuses sociales que chez les cadres qui, eux, sont aux prises avec le dilemme du manque de ressources pour des services qui doivent impérativement être donnés chaque jour (2G17). Le personnel fourni par les agences privées peut difficilement répondre au besoin de continuité qu'exigent les services aux personnes âgées et ils présentent en plus une carence de formation de base et d'encadrement qui compromet leur capacité de répondre adéquatement aux besoins (1I10, 2I23).

b) Les rapports de l'établissement avec les ressources communautaires

Les rapports des CSSS avec les ressources communautaires sont pensés de part et d'autre en termes de réseau local de services : « on a besoin d'eux, ils ont besoin de nous, mais ce sont les gens qui ont besoin » (1C13). Avec l'établissement d'un « guichet spécialisé, on est plus en mesure de bien articuler nos relations avec les partenaires » (1G3). Le milieu communautaire déplore que les références de la part du CSSS aient diminué depuis l'amorce des projets de réorganisation (1C12) et espère le moment où « ils vont avoir fini de se réorganiser et où on va pouvoir vraiment aller de l'avant » (2C26). La situation est plus difficile quand la création d'un CSSS modifie le territoire de référence des entreprises d'économie sociale dont le financement dépend du volume de services réalisés : « Vas-tu

envoyer 150 clients à l'autre entreprise parce que ce n'est plus ton CLSC? » Pour ces entreprises cela entraîne un alourdissement : « ça leur faisait un CSSS de plus où aller négocier. » (2C26).

Le CSSS n'est pas intéressé à modifier le rapport de partenariat en devenant le bailleur de fonds des groupes pour obtenir leurs services (1G3). Les fédérations d'organismes communautaires sont, elles aussi, réfractaires à un tel changement. Mais il semble bien que pour l'instant, les fameuses ententes de services avec le communautaire ne fassent pas partie des plans de match : « S'il y a des ententes de services, il faut se positionner aussi dans ce sens-là. Mais il y a rien encore de palpable. » (2C29).

Du côté du communautaire on craint de se faire « entrer dans le réseau intégré » (1C12) alors qu'il y a une volonté de maintenir la distinction : « Je travaille avec eux autres, mais pas pour eux autres » (2C26). On exige que les transformations passent par des processus de codécision :

Moi je ne verrais aucun inconvénient à participer à un autre groupe pour remplir le plus de demandes possible, en autant qu'on n'arrive pas en disant "demain vous allez faire ci, vous allez faire ça". Qu'on nous consulte, qu'on nous l'offre de façon à ce que nous on puisse négocier aussi, voir qu'est-ce qu'on peut faire. Participer à la démarche et non que ça soit imposé. (1C13).

On ne veut pas que le CSSS entre en compétition dans les services dont la dispensation justifie le financement des groupes : « Ils veulent partir un service avec des employés. Il faut qu'ils comprennent que nous on est subventionnés pour donner certains services et que là on va peut-être perdre nos subventions. » (2C28). Certains groupes se rendent compte « qu'ils se sont ramassés quasiment avec des mandats de santé » alors que la mission d'un organisme communautaire c'est d'« être en amont, dans la prévention » (2C29).

« Il faut des fois remettre des gens à l'ordre. On a déjà prévu, à l'automne peut-être, de faire une réunion pour vraiment réexpliquer [...] garder notre autonomie, mais en s'entendant » (1C13). Par exemple, quand des bénévoles qui font du transport pour des soins, doivent attendre trop longtemps, ils finissent par décrocher. Les groupes comprennent que ce n'est pas simple et qu'un CSSS ne peut pas faire passer ces personnes en avant des autres, mais ils estiment aussi que les CSSS ont avantage à régler le problème (2C28). Mieux, les organismes communautaires sont capables d'apporter une contribution inaccessible aux gens du CSSS parce que les gens s'ouvrent facilement à une personne qui n'a pas l'autorité d'une travailleuse sociale. Par exemple une personne qui ne veut pas que son conjoint atteint d'Alzheimer soit placé en institution, peut hésiter à parler de la situation à la travailleuse sociale, mais en parler à la personne de l'organisme communautaire. (1C13).

De même, ils attendent du CSSS qu'il rapproche ses services des gens, par exemple en utilisant les installations communautaires pour faire des prélèvements et éviter ainsi des déplacements aux personnes qui craignent d'aller dans les établissements où il y a des risques de contamination; ou bien en fournissant du personnel pour donner de la formation en groupe au niveau de la prévention. Or « ils ont plus de difficulté à libérer leur personnel » pour le faire (2C29). Un cadre estime pourtant que le regroupement des ressources de plusieurs CLSC « permet d'avoir des effectifs plus importants » pour fournir de telles ressources, par exemple en soutien aux intervenantes de milieu dans les habitations sociales, alors qu'un seul CLSC n'aurait pu se le permettre (1G4).

Sur l'un des territoires de CSSS, les organismes qui interviennent auprès des personnes âgées sont regroupés dans un organisme de concertation sectorielle qui couvre l'ensemble du territoire du CSSS. Par contre le CSSS qui veut développer l'intersectorialité, s'investit dans des partenariats sur la base des quartiers et laisse aux OC qui « sont en très bons rapports » la concertation communautaire sectorielle (2C26). Cette situation complique les relations entre les services PALV et la concertation en même temps qu'elle génère des tensions, les groupes considérant que les partenariats régressent (2G16) et qu'« il n'y a pas vraiment de table de concertation en réseau local de services » (2C29). D'où le sentiment « qu'on n'est pas leur priorité première » (2C29).

c) La transformation des pratiques psychosociales

La réorganisation des services « met en mouvance » des pratiques psychosociales qui étaient « très stables » (1G3) avec du « personnel senior », créant un risque de « perdre de l'expertise importante » (1G2). Ainsi, la décision de créer des ressources intermédiaires et de modifier les règles de placement « amène des doléances » (1G3). C'est la même chose avec l'intervention interdisciplinaire : « C'est ce qui est désiré, nécessaire et favorisé. » (1G3). Dans un contexte où les intervenantes sont habituées de travailler en équipe disciplinaire, une telle affirmation entraîne de la résistance :

« Je me suis butée à des intervenants qui me disent qu'ils sont surchargés. (...) Il a beaucoup de choses qui changent en même temps et ce n'est pas toujours évident à suivre. [...] Il y a des gens qui voient ça d'un bon œil (...) et il y en a d'autres qui ont plus le passé en perspective (...). Je ne suis pas certaine, moi, que c'est dû à la fusion seulement. » (1G4).

Les cultures institutionnelles ne disparaissent pas avec la création du CSSS et l'approche populationnelle, traduite en mesures d'organisation des services, suscite des résistances tout comme la lourdeur du processus de changement. Alors que le regroupement devrait assurer une circulation aisée de l'information entre l'hôpital, le centre d'hébergement et les services à domicile, « il n'y a pas de continuité. Pas encore! », constate une travailleuse sociale.

d) Les contraintes liées à l'hébergement

La décision la plus controversée de l'ASSS de Montréal fut certainement l'imposition sans transition suffisante de la norme de 3,5 hres/jr. de soins comme seuil d'admission en centre d'hébergement et de fermer des lits alors que « les ressources intermédiaires ne sont pas développées » (1G1), et sans que les CSSS n'aient le temps de se réorganiser : « Ça nous est arrivé comme un cheveu sur la soupe, avec une annonce de dix jours, même pas. » (2G19). Même si c'est « un raté de l'Agence » (2G19), la résistance de certains CSSS a été vaine (1I6). Cela fait dire à une directrice générale que « les ressources intermédiaires, je ne suis pas sûre que, de la façon dont c'est parti, c'est l'avenir [...] parce que se sont des business et faire de l'argent en donnant trois heures de soins à des personnes, là... » (1G1).

L'avènement des ressources non institutionnelles dont le personnel ne relève pas du CSSS, est perçu comme une forme de partenariat public-privé (1G2) qui entraîne un « encadrement de surveillance, de monitoring, de contrôle des services et des soins à donner plutôt que de prestations directes » (2G25). La qualité des services est mise en doute, notamment à partir des expériences vécues de recours aux RI : « Nous autres on fait affaires avec une RI depuis des années et des années, il y a eu des suspensions de lits à cette RI là. L'Agence et le CSSS ne sont toujours pas satisfaits des services. Six ans plus tard, elle est toujours ouverte. Nous autres on n'aime pas ça référer du monde là. » (1I10) En fait les intervenants des ressources intermédiaires « vu qu'ils ne sont pas bien payés, ils partent et il y en a tout le temps d'autres ». On doit « quand même les former et assurer la qualité [en dépit] d'un gros taux de roulement, ce qui est préoccupant » (2G17) :

Et on leur en demande beaucoup : distribuer des médicaments et faire des soins d'hygiène. Par rapport à un centre d'hébergement qui a la même clientèle, le financement est de moitié. On parle entre 50 000 \$ et 60,000 \$ pour un lit d'hébergement. En RI ça varie entre 25 000 \$ et 35,000 \$. Donc c'est sûr qu'il y a une coupure en quelque part. (2G17).

Cette évaluation est corroborée par une dirigeante d'organisme communautaire :

Moi j'ai travaillé pendant longtemps en centre hospitalier de soins de longue durée, en centre d'accueil, donc je connais la chanson et ce qu'on offre en termes de budget c'est irréaliste. C'est complètement irréaliste. À 90 \$ par jour, écoutez là... Moi je sais comment les budgets fonctionnaient, c'est impensable. [...] Nous on leur a expliqué aussi que, bon, on veut bien collaborer, on n'est pas contre, mais pas de là à prendre des risques pour notre organisation. (2C29).

Avec les contraintes normatives édictées par l'Agence (« ils demandent des portes de telle largeur, un espace giratoire de telle grandeur dans la salle de bain » 2G17), dans un milieu comme Montréal les coûts d'infrastructures sont si élevés que « les petits promoteurs et les

familles d'accueil ne peuvent pas les appliquer » (2G17). Les OBNL qui pourraient absorber à long termes ces coûts, ne sont pas intéressés non plus « à cause de la grande difficulté de recrutement de qualité » (2G17).

Autre problématique qui ajoute à la pression sur les services de soutien à domicile, les impacts de la Loi 90 qui autorise la délégation d'actes des infirmières aux auxiliaires familiales et le décret à l'effet que « les résidences privées étaient considérées comme le domicile de l'usager et donc que les services [du CSSS] s'appliquaient » (1G2). Ces choix ont fait en sorte que « les résidences se sont beaucoup désinvesties de leurs responsabilités au niveau des soins infirmiers, au niveau de la surveillance, au niveau de la prise de médicaments et tout » (1G2), et que la pression a été reportée sur les services publics. Selon une intervenante sociale, les résidences privées « acceptent des clientèles qui sont parfois trop lourdes pour ce qu'elles peuvent offrir [...] elles n'ont pas d'imputabilité » (1I8) Mais on ferme les yeux parce que « c'est en rodage » (1I9).

Une catégorie névralgique de personnes affectées par la modification des règles d'accès aux centres d'hébergement, ce sont les personnes en déficit cognitif qui n'ont pas ou peu de problèmes physiques. Ce sont des personnes qui demandent une surveillance constante, mais « il n'y a pas nécessairement de place rapide pour elles » (2I14). Normalement elles devraient aller en ressource intermédiaire, mais « il faut créer un espace tampon parce que les ressources n'existent pas » (2G16). C'est généralement la famille qui écope (2I14) sauf « s'il y a vraiment un risque important pour la santé ou pour le client, l'Agence va faire une exception. » (2G17). En fait, pour un cadre « Ce sont des dommages collatéraux qu'on gère là! » (2G25).

B. REGION DU SAGUENAY

À l'image de ce qui a été présenté dans les sections antérieures, l'élaboration et la mise en œuvre des projets cliniques pour le programme PALV ont été vécues de manière fort différente selon le site observé. Si l'ensemble des répondants du CSSS-3 a signifié son appréciation générale envers le processus, certaines personnes interviewées du CSSS-4 ont été moins élogieuses envers certains aspects du projet clinique. Nous le verrons plus loin, cette insatisfaction est modulée selon le type de répondant, à savoir s'il s'agit d'un gestionnaire, d'un intervenant ou d'un représentant d'organisme communautaire. Les prochaines pages exposeront donc le point de vue des participants sur l'élaboration et la mise en œuvre des projets cliniques des deux CSSS à l'étude et cela, selon deux grands thèmes : connaissance et compréhension des projets clinique et les changements observés dans les services PALV suite à leur mise en œuvre

3.4.3 Connaissance et compréhension du projet clinique

Processus d'élaboration, participation et appropriation

S'il est un constat majeur qu'il faut souligner pour le CSSS-3, c'est que le processus d'élaboration du projet clinique pour les services destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie a été apprécié unanimement, tant par les gestionnaires, les intervenants, que par les partenaires communautaires ou de l'économie sociale. Cette perception provient des mécanismes de participation mis en place dans lesquels tous les répondants, sans exception, ont eu droit de parole. Du côté des organismes communautaires, il semble que les partenaires principaux des services PALV ont participé aux rencontres du processus d'élaboration du projet clinique au minimum une fois; trois grandes rencontres de consultation ayant été organisées (3C1). On souhaitait pouvoir inviter tous les organismes communautaires du territoire sur les tables de travail, mais cela a été jugé infaisable : « On ne pouvait pas asseoir tous les partenaires autour d'une même table, c'était une table de travail » (3G2). Toutefois, les absents aux tables de travail ont été consultés de manière écrite, par le biais d'un questionnaire envoyé par la poste, pour connaître les services ou besoins à combler ainsi que leur niveau d'implication future dans le projet clinique : « On remplissait des formulaires pour savoir c'est quoi nos besoins, qu'est-ce vous nous donneriez s'il y avait un projet clinique, de quelle manière vous êtes prêts à nous aider, des choses comme ça. [...] Franchement, ils ont vraiment été corrects » (3C4). En ce sens, la majorité des organismes communautaires a eu le sentiment d'avoir eu un droit de parole égal à tous dans la détermination des objectifs et des cibles prioritaires. Un seul répondant a manifesté une certaine réticence à affirmer qu'ils ont un pouvoir d'influence équitable considérant que les priorités de l'Agence reposent davantage sur des considérations médicales que sociales : « Ce n'est pas péjoratif, mais nous sommes en bas de l'échelle du maintien à domicile [...] chacun arrive avec son petit paquet de problèmes à régler [...] je te dirais que tout ce qui touche à l'aspect médical a une plus grande influence » (3C4).

Les gestionnaires ont participé à l'élaboration du projet clinique en tant qu'animateurs des tables de travail (3G1, 3G3), coordonnateur ou chargé de projet (3G2). Compte tenu de cette forme d'implication, les gestionnaires n'ont pu, à titre professionnel ou personnel, s'investir dans la détermination des priorités ou des objectifs à atteindre par les tables de travail: « C'est moi qui me suis assuré, dans la démarche, qu'on n'oubliait personne. C'est moi qui étais imputable des résultats, mais ce n'est pas moi qui étais l'exécutante, ni qui a fait les choix. Ce sont les tables clientèles, les tables de travail » (3G2). Ces trois répondants croient eux aussi que tous les partenaires ont pu s'exprimer librement sur les enjeux et les priorités du projet clinique : « Il fallait qu'ils s'entendent sur les cibles prioritaires et il fallait qu'ils les choisissent ensemble, car ils sont partis de plusieurs [cibles] » (3G1).

Du côté des intervenants, le type de participation a été différent selon la personne interrogée. Pour l'un, c'est en tant que collaborateur des chargés de projet que l'implication

s'est effectuée, mais aussi en tant que facilitateur des relations avec les organismes communautaires et la population en général (3I1). Pour un autre répondant, c'est le rôle de chargé de projet qui a été endossé. Avec l'aide d'un collègue, il a complètement mis en place la structure d'élaboration du projet clinique, en s'assurant que les balises proposées par les documents ministériels soient bien adaptées à la réalité du milieu : « C'était très théorique au départ [...], mais je trouvais que c'était l'occasion idéale de rapprocher la population avec les établissements du territoire. Il fallait trouver une formule pour intégrer tous les intervenants du réseau, mais aussi tous les intervenants des organismes communautaires et la population en général » (3I2). Enfin, le dernier intervenant a eu un rôle plus restreint, sa participation au conseil multidisciplinaire de l'établissement s'étant limitée au dépôt d'un avis suite à la lecture du projet clinique, sans plus. Fait intéressant, les chargés de projet ont porté une attention spéciale à la composition des tables de travail : « Nous avons fait attention aussi à ne pas noyer les partenaires avec une présence trop imposante de personnel du réseau ». Cette répondante était consciente « qu'il y a des groupes qui ont plus de pouvoir que d'autres » (3I2). Toutefois, on insiste sur le fait que tous ont pu s'exprimer librement et que leurs doléances ont été écoutées (3I1, 3I2, 3I3). Pragmatique, un répondant précise que de toute manière « ça n'aurait pas de bon sens de faire des consultations et de ne pas en tenir compte » (3I2).

L'élaboration du projet clinique PALV dans le CSSS-4 semble s'être effectuée de manière fort différente en ce qui a trait à l'implication des répondants. Le CSSS-4 n'a pas invité l'ensemble des organismes communautaires du territoire desservi à participer d'une manière ou d'une autre au processus. Seulement deux représentants des organismes communautaires étaient présents aux tables de travail, ainsi qu'une autre personne provenant d'une entreprise d'économie sociale. « Ils ne prenaient pas tous les organismes communautaires » (4C1) nous a confirmé un répondant. Concernant la nature de leur contribution, les deux participants étaient présents à l'une des quatre tables de travail, contribuant ainsi à l'identification des priorités cliniques du plan d'ensemble proposé par le comité d'orientation (4C2, 4C3). Le faible nombre de représentants des organismes communautaires a été vécu difficilement par certaines personnes qui trouvaient désarçonnant l'approche très médicalisée des tables de travail : « Au départ, je peux vous dire je me sentais loin de tout [...] c'était vraiment santé, santé, santé, hôpital » (4C2). La présence de l'organisatrice communautaire a toutefois été importante, car « elle pouvait nous aider et nous appuyer » (4C2) dans les discussions et prises de décisions. Est-ce que les organismes communautaires ont eu l'impression d'avoir eu un rôle à jouer dans l'élaboration du projet clinique? Les réponses sont très nuancées et tendent davantage vers la négative. D'une part, la faible représentativité des organismes communautaires était un obstacle, mais aussi les documents de travail étaient déjà très avancés de sorte qu'« on avait l'impression que [le projet clinique] arrivait comme déjà tout bâti d'avance [...] que, peu importe ce qu'on disait, c'est ça qui resterait écrit » (4C4). Malgré tout, ce même répondant affirme que, compte tenu de la longueur du processus, les organismes communautaires ont

pu réussir à imposer leur présence : « Ça nous a permis de mieux nous connaître autour de la table. Les gens qui avaient plus de misère à parler ont réussi à dire leur mot aussi et ils ont eu une écoute » (4C4). L'impression que les priorités de certains intervenants provenant de l'hôpital ont plus de poids demeure présente encore ici : « Il y a des gens qui sont ouverts [...] mais il y en a qui restent campés sur leur position et c'est l'hôpital. Il y a juste l'hôpital et après l'hôpital, il n'y a rien » (4C2). Encore une fois, on réitère l'importance de la présence de l'organisatrice communautaire ou d'autres intervenants habitués à transiger avec le milieu communautaire : « Ils appuyaient nos dires et ils nous épaulaient vraiment » (4C2).

C'est au niveau des intervenants du CSSS-4 que le niveau d'implication a été le plus faible. Sur les quatre personnes interrogées, seule l'organisatrice communautaire (4I4) a pu être présente à l'une des tables de travail. Les autres intervenants ont affirmé qu'à leur connaissance aucun collègue n'a été invité à participer à l'élaboration du projet clinique : « Je n'ai pas été impliquée dans le processus d'élaboration du projet clinique. [...] J'ai l'impression que c'était juste au niveau des gestionnaires de l'hôpital, du CLSC et peut-être des CHSLD » (4I2). Quant à l'organisatrice communautaire, sa participation a été du même type que les autres participants, à savoir qu'elle pouvait apporter ses réflexions par rapport à son expérience professionnelle : « Je n'avais pas un rôle particulier d'animation, de prise de notes ou quoique ce soit d'autre. J'étais un acteur pour la dimension collective du centre comme tel » (4I4). De la même manière que certains répondants du milieu communautaire, cette répondante témoigne de son impression que le projet clinique en PALV était déjà très structuré et que les interventions des tables de travail ne servaient qu'à valider les orientations. D'un autre côté, l'organisatrice communautaire soutient que la qualité du travail d'identification des problématiques et cibles prioritaires fait auparavant par les gestionnaires était impeccable et ne demandait donc pas de s'appesantir sur les détails : « Le ministère a dit ça, la région dit ça. Est-ce que ça s'applique localement? Oui? Bon bien parfait, on y va avec ça! » (4I4). Quant à savoir si tous les représentants avaient le même pouvoir d'influence, elle répond par l'affirmative, bien que plusieurs personnes se contentaient d'apporter des éclaircissements sur un sujet particulier au lieu de faire part de leur opinion ou de leurs doléances sur des orientations déjà arrêtées.

Enfin, le rôle de la majorité des gestionnaires du CSSS-4 semble avoir été celui de l'organisation et de la gestion de toute la structure entourant l'élaboration du projet clinique (4G2, 4G3, 5G4). Il est à noter que deux de ces gestionnaires ont été désignés comme responsables officiels du déroulement du processus, l'un provenant du CLSC et l'autre, du CHSLD : « Ça a été [notre rôle] de faire des recherches à l'interne, d'aller chercher qui est notre population, tout le cadre pour faire le projet clinique au niveau du PALV et la rédaction du rapport » (4G3). Ces deux gestionnaires ont eu à cœur de faire participer leurs partenaires communautaires ou du moins d'obtenir leur vision du projet clinique. Leur rôle, « ça a été aussi de prendre en compte tout ce que les organismes me ramenaient à propos

des besoins de la clientèle » (4G2). En termes de coordination des tables de travail, les gestionnaires avaient des préoccupations du même ordre considérant que les représentants des organismes communautaires, « ce sont eux les experts » (4G4). Ils se percevaient davantage comme en soutien : « Je m'occupais de la démarche, de la structurer et de m'assurer qu'ils arrivent à bon port » (4G4). Ainsi, selon les gestionnaires, le pouvoir d'influence de tous les partenaires était réel et de grands efforts ont été faits en ce sens (4G2, 4G3, 4G4), car ils étaient conscients de la crainte des organismes communautaires de ne pas avoir droit de parole (4G2, 4G4). D'ailleurs, les gestionnaires soutiennent ne pas avoir eu de commentaire négatif à cet effet : « Je pense que tout le monde s'est senti comme s'il pouvait dire un mot. En tous les cas, je le souhaite et je n'ai jamais eu de [commentaire] contraire » (4G2). Il est donc intéressant de constater que sur ce point, la perception des gestionnaires et des organismes communautaires est différente, certains représentants communautaires ayant exprimé des doutes quant à leur capacité à influencer les décisions.

On constate donc l'écart important entre le CSSS-3 et le CSSS-4 en ce qui concerne l'élaboration des projets cliniques. C'est surtout au niveau de la participation des organismes communautaires et des intervenants que la différence est la plus manifeste. Pour ces derniers, on constate deux situations presque totalement opposées en termes de participation. Les organismes du territoire du CSSS-3 ont été partie prenante de la mise sur pied de la structure de consultation, voire chargés de projets. Les autres sont presque tous ignorants des activités réalisées lors de l'élaboration du projet clinique des services en PALV et accueillent les questions des interviewers avec une totale incrédulité : « Quand j'ai vu la question, je me suis dit "Eh! Y a-t-il quelque chose qui m'a échappé quelque part dans l'équipe? Ai-je manqué quelque chose?" » (4I1). Concernant les organismes communautaires, dans les deux cas, l'ensemble n'a pas été présent aux tables de travail pour des raisons de logistique. Cependant, le CSSS-3 a décidé de recourir à un questionnaire pour rejoindre un maximum de partenaires. Au CSSS-4 le faible souci de rejoindre les organismes communautaires doit être nuancé par le désir de quelques gestionnaires de mettre à contribution la vision du milieu communautaire telle qu'ils la perçoivent à l'occasion d'interventions sur le terrain. Comparativement à ce qui s'est fait au CSSS-3, c'est donc de manière beaucoup plus indirecte que leur point de vue a été pris en considération.

Mise en œuvre des projets cliniques

Du côté du CSSS-3, si l'élaboration du projet clinique a été reconnue comme une démarche partenariale réelle, sa mise en œuvre souffre d'un déficit de participation, du moins selon la perception des organismes communautaires. Tous les organismes du territoire ont reçu une copie du projet clinique final ainsi qu'un dépliant synthèse, fort apprécié d'ailleurs, présentant les objectifs et cibles prioritaires (3C4). Mais l'opérationnalisation concrète du projet clinique sur le terrain est inconnue des répondants du milieu communautaire rejoints

par notre étude. Globalement, on regrette de ne pas être mis au courant des derniers développements, des changements éventuels ou de l'avancement dans l'atteinte des objectifs (3C1, AC2, AC3). Un certain nombre de projets mis en place ont été identifiés par les gestionnaires du CSSS-3 comme découlant directement du projet clinique, cependant ces opérations n'avaient pas été diffusées clairement dans la communauté au moment de notre cueillette de données. On fait référence à la création du guichet unique (3C1, 3C3), au service de répit aux proches aidants (3C-3) ainsi qu'au service de « popote mobile » étendu au territoire du CSSS-3 (3C1). Les répondants du communautaire ont exprimé qu'ils auraient aimé savoir ce qui se passe ailleurs dans le réseau tissé lors des consultations et participer aux suivis éventuels (3C3).

Les gestionnaires du CSSS-3 confirment pour leur part que le projet clinique pour les services PALV progresse et que des réalisations sont lentement mais sûrement observées (3G1, 3G2, 3G3). On insiste sur le fait que le projet clinique n'est pas un programme côtoyant les activités habituelles du CSSS et qu'il y est complètement intégré : « Il n'est pas resté en parallèle, le projet clinique. On l'intègre dans le roulement et les plans d'actions et d'amélioration de l'établissement » (3G2). D'après le discours des répondants, on comprend que l'atteinte des objectifs ciblés ne se fait pas sans difficulté, la première résidant dans l'arrimage des cibles prioritaires du CSSS-3 aux exigences ministérielles (3G1). Certains gestionnaires ont dû également « faire le ménage », selon leur propre évaluation, dans les nombreuses cibles prioritaires et tenter d'identifier celles qu'il serait humainement possible d'atteindre : « Si on n'a pas de développement et de sous dans ce programme-là, ça ne donne rien de prendre cette cible-là et d'écrire un programme » (3G2). Plusieurs des ces objectifs ont un échéancier d'une année (3G3), certains autres se feront sur du long terme et, même alors, seront difficiles à réaliser : « Il y en a pour lequel, même sur cinq ans... bien en tout cas, on va faire ce qu'on va pouvoir » (3G1). La sélection des priorités semble donc avoir été principalement l'affaire du CSSS avec peu de contribution réelle des partenaires communautaires (3G1, AG2, AG3), sauf pour une popote mobile : « On ne savait pas ce qu'on allait faire pour les repas dans toute une partie du territoire. Alors, on s'est assis avec l'organisateur communautaire, les organismes du milieu et la coordonnatrice en soutien à domicile et là, on a trouvé l'organisme qui ferait les repas » (3G2).

Un peu à la façon des organismes communautaires, quelques intervenants du CSSS-3 constatent que leur implication directe s'amenuise avec le temps, leur méconnaissance des étapes réalisées et de celles restantes en faisant foi (3I1, 3I2). On croit que, pour le moment, le projet clinique est encore à l'étape d'être validé par la direction avant que des actions plus concrètes ne se voient sur le terrain (3I2). Le processus sera long, trop peut-être au goût de certains : « Il y a sûrement des choses qui font partie du plan d'action et du plan d'amélioration et qui vont être dans nos prochains mandats, mais je pense que ça se fait tranquillement » (3I3). Pour l'un, cette situation est vécue difficilement et il constate que

les mécanismes de communication pour informer les intervenants font défaut : « Je me disais “Mais va-t-on finir par en entendre parler?” [...] et je sais qu’il y a beaucoup d’intervenants qui se demandent où est-ce que nous en sommes rendus dans le projet clinique » (3I2). Les partenaires du communautaire ne sont donc pas les seuls à souffrir d’un manque d’information sur les suites du projet clinique. Même à l’interne, les intervenants témoignent de ne pas être informés, et encore moins impliqués dans la mise en application du projet clinique. Sur les trois intervenants répondants, un seul semble plus au fait du processus de mise en œuvre du projet clinique. De son point de vue, et en regard des exigences ministérielles, le maintien du lien entre le CSSS et la communauté est l’enjeu crucial du projet clinique de sorte que le CSSS « doit rendre des comptes et ça se fait en partenariat avec les groupes du milieu et aussi avec l’ensemble de la population. Donc, il faut continuer à rapprocher tout ce beau monde-là » (3I1).

Compte tenu de la constatation du peu de contribution des organismes communautaires du territoire du CSSS-4, on s’attendrait à une mise en œuvre laborieuse pour les partenaires communautaires. Or, il appert que la situation est jugée comme acceptable au moment des entretiens de recherche. Du moins, trois des quatre organismes communautaires interrogés affirment connaître les derniers développements et ont même participé à quelques réunions pour commencer à travailler sur les cibles identifiées (4C2, BC3, BC4). Ces trois organismes ont apprécié le suivi qui a été fait par le CSSS-4 bien que certains termes utilisés dans le plan d’action soient parfois obscurs et inusités : « Quand on n’est pas familier avec le vocabulaire et tout ça, c’est difficile de s’y retrouver [...] je peux vous dire que j’ai été perdue plus souvent qu’autrement à certains temps » (4C3). Les projets mis sur pied suite au plan d’action visent à combler des besoins en ressources humaines dans certains secteurs, à créer des liens avec les autres CSSS de la région de Saguenay pour harmoniser les services et à démarrer des programmes de prévention pour les personnes âgées (4C4).

Les gestionnaires du CSSS-4, aux premières loges de l’élaboration du projet clinique du programme PALV, ont pu apporter plusieurs informations intéressantes sur sa mise en œuvre. D’abord, au moment des entretiens de recherche (2008), on explique en être au tout début du processus et que plusieurs projets commencent à prendre forme, ceux provenant des orientations ministérielles étant priorisés (4G3). Concrètement, un comité aviseur réunit plusieurs intervenants œuvrant de près ou de loin auprès des personnes âgées, notamment une nutritionniste, un médecin en gériatrie, une infirmière clinicienne, une autre infirmière du Programme de courte durée gériatrique (PCDG), une travailleuse sociale, un pharmacien, un organisateur communautaire ainsi que divers représentants du comité des usagers du CSSS, du comité des bénévoles, de l’hôpital de jour, des soins palliatifs, des organismes communautaires et des entreprises d’économie sociale. C’est ce comité qui décide de l’ordre des objectifs sur lesquels agir et qui transmet ce plan d’action aux cadres responsables et qu’ensuite, les services impliqués prennent les moyens pour y répondre

avec leurs partenaires (4G4). Une fois le plan transmis, le suivi est une responsabilité incombant aux intervenants « du terrain » (4G4). Comme mécanisme de concertation, on fait référence à la table PALV (4G2). Elle réunit les partenaires concernés pour rendre compte des progrès réalisés, identifier les objectifs à atteindre à court terme et vérifier leur contribution possible à l'atteinte des cibles. Selon les gestionnaires, cette table est réellement appréciée par les partenaires : « Il y a un sentiment d'appartenance à la table PALV, les gens viennent et ils sont contents d'être venus et ils repartent [en disant] "on va faire notre bout de chemin dans notre milieu" » (4G2). Certes, cette structure n'est pas encore parfaite et on mesure encore le travail à faire pour « tisser les liens » entre les partenaires pour voir comment l'on peut devenir davantage complémentaires, mais les gestionnaires croient que les « bases sont là » pour demeurer (4G3).

En ce sens, l'aide des organisateurs communautaires est importante pour rejoindre les organismes et les accompagner dans le processus (4G4). L'OC, participant elle aussi à la table PALV, a pu apporter davantage de précisions sur son fonctionnement. Les membres de cette table sont globalement les mêmes que ceux du Comité clinique, c'est-à-dire l'instance responsable de l'élaboration et de la validation du projet clinique au CSSS-4. On y retrouve deux organismes communautaires, une entreprise d'économie sociale en soutien à domicile, un représentant de la mission hospitalière du CSSS-4, une personne du service de gériatrie et une autre du service de réadaptation ainsi qu'une personne provenant des CHSLD. Les rencontres ont lieu deux fois par année et il s'agit davantage de « faire le point, de dire à partir de la planification qu'est-ce qui a été réalisé » plutôt « qu'un réel moment d'échange » (4I4). L'OC doute que l'on puisse décrire cette instance comme une réelle table de concertation : « Ce n'est pas très long, c'est à peu près une heure et demie à chaque fois. Alors oui, c'est une source d'information qui peut être intéressante après ça pour réutiliser dans ses propres activités ou ses propres services. [C'est] comme un minimum. Mais je ne sais pas si ça peut aller plus loin » (4I4). D'un autre côté, cette intervenante juge que les établissements et les organismes partenaires font face à un défi important en regard de la gestion des nombreuses sources d'informations qui bombardent les organisations. Dans cette optique, la table PALV agit à titre « d'élément rassembleur » permettant de faire le tri dans la masse de documents disponibles (4I4). Cette table ne serait donc pas un lieu de partage du pouvoir avec la communauté, ni même un endroit pour consulter les organismes sur les priorités retenues et les meilleures façons d'implanter les projets découlant du projet clinique, mais la forme la plus minimale de participation : le partage d'information. La gouvernance du réseau local est donc principalement entre les mains des hauts dirigeants du CSSS. Cependant, trois des quatre représentants des organismes communautaires semblent plutôt satisfaits de la situation.

Ce souci de mobiliser davantage les partenaires n'empêche pas qu'entre le plan d'action élaboré et la réalité du terrain, il y a une marge qui ralentit parfois l'atteinte des objectifs. Les CHSLD éprouvent des difficultés à répondre aux besoins d'une clientèle désormais

hétérogène : « Quand on mêle toutes les clientèles, on ne les dessert pas selon leurs spécificités. On ne peut pas être bons partout [...] On ne peut pas être bons avec toutes les clientèles. [...] C'est un gros travail à faire, ça va être à plus long terme parce que nous sommes habitués à des structures "monoblocs" » (4G2).

Les intervenants du CSSS-4 pour la plupart sont peu au fait de la mise en œuvre du projet clinique sur le terrain (4I1, 4I2, 4I3). Deux personnes (4I1, 4I3) ont même confié leur ignorance totale du processus, et cela, en dépit du fait qu'une série de rencontres de présentation du projet clinique ait été organisée à la fin mars 2007 et qu'un document résumé de ces rencontres ait été transmis à tous les employés au mois de juin de la même année⁶. Pour un autre intervenant, ses connaissances se bornent au nouveau modèle de gestion ainsi qu'à l'apparition des « intervenants pivots » (4I2). Toutefois, au moment des entretiens de recherche (2008), l'organigramme n'était pas encore adopté et la manière dont allait s'opérer le travail des intervenants pivots était encore incertaine (4I2). Seule l'organisatrice communautaire, l'unique intervenante interrogée ayant participé à l'élaboration du projet clinique, a pu confirmer être au cœur de son opérationnalisation (4I4).

Que retenir du processus de mise en œuvre dans les deux CSSS de l'étude? D'abord, la différence manifeste entre l'absence de structure permettant de faire un suivi participatif avec le milieu du projet clinique au CSSS-3 et la table PALV du CSSS-4. Cette omission a pour conséquence de laisser dans l'ombre certains partenaires communautaires pourtant impliqués lors de l'élaboration du projet clinique au CSSS-3. Le CSSS-4 ayant mis sur pied la table PALV, les organismes communautaires participants se sentent plus près de l'action même si, selon l'OC, cela ne fait qu'informer les intéressés, sans toutefois leur ouvrir les débats. Les objectifs et les cibles mises en œuvre dans les projets cliniques des deux CSSS sont principalement ceux qui s'inscrivent dans les priorités du MSSS selon le financement disponible.

L'autre élément central qui ressort des entrevues est celui de la faible participation des intervenants et des personnes âgées en perte d'autonomie, peu importe le CSSS étudié. Dans les deux cas, on semble attendre les directives de la direction, voire des résultats concrets, et on exprime des appréhensions quant à l'avenir de la profession. Le cas de la création de postes d'intervenant pivot au CSSS-4 est un exemple typique d'une situation où on laisse entendre aux intervenants que leur pratique changera sans pour autant donner plus de détails sur les nouvelles fonctions qu'ils auront à remplir. À la décharge des gestionnaires et de la direction des deux CSSS, il semble que l'implantation des projets cliniques soit plus complexe que ce qui était appréhendé. Les gestionnaires sont conscients

⁶ Corneau, S., & al. (2009). Le processus de la création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement – une monographie du CSSS de Chicoutimi. Université du Québec à Chicoutimi, GRIR, Chicoutimi.

de la longueur du processus compte tenu de la nécessité de transiger avec plusieurs acteurs pour atteindre les cibles prioritaires. Toutefois, ces derniers semblent être les seuls de tous les participants de l'étude à connaître parfaitement l'évolution des projets cliniques, les étapes réalisées et celles en chantier. Les deux CSSS ne semblent pas être en mesure d'effectuer un suivi efficace des projets cliniques auprès de leurs employés et de leurs partenaires communautaires, ce qui pourrait affecter négativement l'appropriation des projets cliniques par les répondants et les acteurs concernés.

3.4.4 Les changements dans les services aux personnes en PALV

a) Une nouvelle organisation des services

Les intervenants et les partenaires communautaires comprennent la nécessité de garder les personnes âgées le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel, mais cela ne va pas sans conséquence sur l'organisation des services (3I1, 3I2, 4C1, 4I4). La difficulté la plus importante est de conjuguer avec une clientèle qui souffre de problèmes de santé plus sérieux qu'autrefois (3I2, 3I3, 4C2, 4I1). Cette situation demande un ajustement : « Une bénévoles avec l'animatrice pouvait suffire, mais je ne suis pas sûre que dans les prochaines années ils ne seront pas obligés d'être trois pour un groupe de dix. Et il faut aussi adapter les activités » (4C2). Pour pouvoir répondre plus efficacement à cet « alourdissement de la clientèle » (4C2) on attend avec impatience dans le milieu institutionnel les formations promises à « l'approche gériatrique » (4G4), l'officialisation des équipes interdisciplinaires (4G-3, 4I3) et la mise en place des ressources intermédiaires (3I1, BG3) ou non institutionnelles (4G3).

b) Relations avec les partenaires communautaires

En ce qui concerne les relations qu'entretiennent les deux CSSS avec leurs partenaires communautaires, on constate une très forte propension des répondants à les qualifier de très positives depuis l'implantation des projets cliniques. Plusieurs répondants constatent que les liens sont plus intenses et fréquents (3C4, 3G2, 4C1), et que l'apport des organismes communautaires est davantage reconnu (3C1, 3G3, 4C4). En bref, les relations se seraient « consolidées » (3C1, 3G1, 4G2, 4G3) depuis les consultations pour l'élaboration des projets cliniques : « Il y avait déjà une bonne collaboration, mais ça a ajouté, le fait de s'asseoir ensemble, discuter de façon très ouverte des difficultés. Ça a été des moments vraiment privilégiés » (3G1). Les gestionnaires et les intervenants des deux CSSS mettent cette amélioration des relations (3G2, 3I2, 3I3, 4G2, 4G4) sur le compte d'une meilleure connaissance des mandats et services de chacun : « Tu sais, même à la table, les gens disaient "Hein! Mais je ne savais pas ça!" Cela a permis une meilleure connaissance de tout ce qui se fait autour de la clientèle PALV » (4G2). Avec le résultat que les intervenants reconnaissent désormais les organismes communautaires comme des « partenaires » (3I3, 4I1, 4I2, 4I4). Plusieurs gestionnaires répondants considèrent que tous travaillent maintenant ensemble dans un même but (3G1, 3G3, 3G2), et non plus en « silo » (4G2). À ce sujet, un intervenant précise que le projet clinique « a permis de consolider ce qu'on

appelle le réseau local de services. Ça, je pense que maintenant les gens s'identifient davantage à cette notion-là » (3I1).

Une crainte demeure toutefois qu'exprime l'un des répondants. C'est que le projet clinique entraîne une perte d'autonomie des organismes communautaires. La reddition des comptes est au cœur de cette réserve et on insiste sur le fait que « si on a des comptes à rendre c'est envers la population, envers nos clients, pas envers le CLSC » (3C1). On craint de rebuter les bénévoles, base des activités de l'organisme, si le CSSS se comportant comme « un organisme supérieur qui nous dit “Bon, vous allez le faire avec ça, de cette façon-là.” “Vous allez devoir avoir le sourire” on ne nous l'impose pas, on le fait déjà! [...] Le bénévolat ce n'est pas ça. C'est une question de volontariat, les gens le font par plaisir, par amour envers leurs semblables et on veut garder ça » (3C1).

Ce risque d'atteinte à l'autonomie des organismes communautaires est identifié également par certains gestionnaires et intervenants du CSSS-4 pour des raisons diverses (4G2, 4G4, 4I4). Pour les gestionnaires, c'est la taille considérable du projet clinique et le style de gestion des cadres supérieurs provenant du milieu hospitalier, qui risque d'entraîner des difficultés : « Le communautaire va devoir continuer à tenir son bout là-dessus. Il va devoir tenir sa place dans le projet clinique, insister sur leur réalité. Que déjà ils laissent rentrer du communautaire à l'hôpital, c'est beau [...] Mais c'est une organisation qui est habituée de chapeauter et de gérer » (4G2). Un intervenant croit plutôt que c'est la façon dont seront financés les organismes communautaires qui pourrait être problématique : « Ça va dépendre jusqu'où est attaché le financement. Soit il est attaché à la mission de base des organismes, soit il est attaché à des services directs, à des ententes de services, livraison donc de services spécifiques pour une clientèle bien spécifique [...] le danger c'est plus celui-là, si on attache le financement à des ententes de services particuliers » (4I4). De fait, on observe déjà des changements de pratique de quelques partenaires communautaires. Certains orientent désormais leurs services « vers ce qui ressort comme besoins de la population et non vers ce qu'ils ont toujours offert avant » (3G1). Les organismes communautaires ayant participé à l'élaboration du projet clinique sont maintenant dans l'obligation de reconnaître ces besoins et donc de bonifier ou de changer leur offre de service : « Si ça vient du projet clinique, ça vient de la population et c'est un incontournable » (4G3). Du point de vue de quelques intervenants, les partenaires communautaires ont eu à formaliser leur pratique, ne serait-ce qu'avec les ententes de services qui doivent impérativement se réaliser : « Il y a tellement de choses qui sont en place et qui doivent se conformer [au plan d'action]. Je pense que ça affecte un petit peu la liberté » (3I3). Un répondant du milieu communautaire confirme cette impression : « Il faut toujours être prêt à prêter un bénévole. Et souvent ils vont nous appeler à la dernière minute et là c'est urgent. Donc, c'est ça le danger » (4C4).

c) Transformation de la pratique psychosociale

Lors des entretiens de recherche, les plans d'action découlant des projets cliniques étaient mis en branle depuis peu. Plusieurs détails concernant la pratique psychosociale restaient encore à régler (3I1, 3I2, 4I2) et si l'on prend en compte le faible niveau d'engagement des intervenants dans la mise en œuvre des projets clinique (3I1, 3I2, 4I1, 4I3) peu de changements étaient entrevus dans leur pratique. Quelques intervenants restent toutefois avec l'impression que l'objectif de « continuité des services » aura un impact certain sur la pratique psychosociale (3I2, 3I3). On pense notamment au fait qu'un usager se voyant désormais proposer toute une gamme de services dans différentes organisations devra être suivi plus étroitement pour s'assurer de la cohérence des différentes interventions. Pour les intervenants, cela constitue un alourdissement de la charge de travail que de « surveiller » les différentes interventions réalisées ailleurs (3I2). Face à cette augmentation de travail, un intervenant craint de ne plus avoir assez de temps à consacrer à ses clients : « Quelles ressources il va y avoir, je ne le sais pas [...] parce que c'est sûr que si on avait plus de temps pour voir nos clients, on pourrait en faire plus » (4I2). D'autres intervenants sont plutôt inquiets de devoir intervenir sur des problématiques avec lesquelles ils sont peu familiers et sans avoir développé de liens de collaboration avec d'autres instances hors CSSS : « Si je me retrouve avec une clientèle DI [déficience intellectuelle], DP [déficience physique], moi ça va modifier ma pratique en titi parce que je ne suis pas une de celles qui en ont beaucoup. [...] Ça, ce n'est pas mon quotidien. Parle-moi d'autres [cas] et je vais te faire un plan, ça ne sera pas trop long et je ne serai pas inconfortable d'appeler mes partenaires » (4I1). Un gestionnaire est toutefois d'avis que c'est la pratique des intervenants psychosociaux en milieu hospitalier qui sera la plus touchée par cette nécessité de travailler en partenariat puisqu'en CLSC on n'avait « pas le choix, nous autres. On ne fait rien si on n'a pas de partenaires [...] alors qu'en milieu hospitalier, ils doivent apprivoiser le communautaire. Ça va changer leur pratique » (4G2).

d) Prévention et promotion de la santé

De l'avis de la très grande majorité des répondants, la prévention et la promotion de la santé étaient déjà au cœur des interventions visant les personnes âgées, bien avant l'implantation des projets clinique. Les tables d'organismes intervenant avec les aînés par exemple ont toujours fait de la sensibilisation sur le sujet en plus de participer à l'élaboration de projets pilotes avec les CLSC (3G1, 3I2, 4C1, 4C2). Plus encore, on insiste sur le fait que la prévention et la promotion de la santé étaient déjà dans le mandat principal des CLSC (3I2, 3I3, 4G2). Conséquemment, les intervenants des CLSC et leurs partenaires communautaires ne sont nullement décontenancés par la priorisation de cet objectif : « C'est beaucoup dans le mandat des CLSC d'être préventif, d'éviter des choses et d'y aller en prévention, pas d'attendre que le pire soit arrivé et d'être en curatif » (3I-3). Pour les intervenants provenant des milieux hospitaliers cependant, la prévention-promotion est un apport important à leur profession : « Le fait de l'avoir dans le projet clinique et l'imposer à

notre personnel, ils ont découvert plein d'affaires et ils trouvent ça bien intéressant maintenant » (4G2).

Les changements se situent plutôt au niveau de la reconnaissance officielle de l'importance de la prévention et de la promotion de la santé (3I2, 4G2, 4I4) par la sélection de cibles spécifiques (3G2, 3I2, 3I3, 4G2) et l'élaboration de programmes d'intervention assortis d'un budget décent (4I2). Ces programmes d'intervention avec les aînés sont la prévention des chutes (3G1, 3I3, 4C3, 4G2, 4I2, 4I3), la promotion de la saine alimentation (3C2, 3G1, 3I3) et la surveillance de la médication (4C4, 4G2). Sur ce dernier point, les intervenants sont de plus en plus confrontés à une nouvelle réalité, celle de l'interaction des médicaments prescrits avec les « remèdes naturels » (tisanes, décoction, suppléments en capsule, etc.). L'amalgame de ces remèdes en vente libre à la « super boîte à pilules » (4C4) présente des risques élevés pour la santé des personnes âgées : « Il faut que tu analyses et il faut que tu fasses sortir tout ce qu'ils ont dans la maison de médicaments à base d'herbages. [...] J'ai déjà fait remplir [de produits naturels] quasiment une table au complet! » (4G2).

La reconnaissance de l'importance de la prévention/promotion de la santé entraîne une plus grande concertation entre les différents acteurs autant pour la détermination de cibles d'actions que pour les interventions proprement dites (3I2, 3I3, 4C4). Cela ne serait pas étranger aux diverses formations que les intervenants du CSSS ont reçues (3I3). Ils sont désormais plus à l'affût des problèmes. Ainsi la formation sur la prévention des chutes « ça fait qu'on a découvert plein de personnes qui avaient besoin d'un bain, qu'on ne connaissait pas avant » (4G2). On déplore toutefois que dans les priorités ministérielles ce soit l'aspect « physique » qui est privilégié dans la prévention/promotion de la santé, au détriment du volet psychosocial (4I3) et on constate l'ampleur du travail qu'il reste à faire, notamment au niveau de la violence et abus faits aux aînés ainsi que pour la prévention du suicide (4G2).

On constate donc que, au contraire de ce qui a été exprimé sur l'élaboration et la mise en œuvre du projet clinique, la perception des répondants face aux changements des pratiques professionnelles diffère fort peu selon le site à l'étude. Dans les deux CSSS, les impacts sont vus comme généralement positifs, la consolidation des liens entre le CSSS et les organismes communautaires en faisait foi. Certaines inquiétudes demeurent toutefois quant à l'autonomie des organismes communautaires. Leur rôle plus actif et reconnu dans la fourniture de services destinés aux personnes âgées entraîne des obligations auxquelles peu d'entre eux ont été confrontés par le passé. Malgré tout, les participants de l'étude voient la nouvelle organisation des services et les efforts de promotion et de prévention de la santé comme bénéfiques pour la clientèle en PALV, l'accès étant désormais facilité, les services plus cohérents et avec une garantie de qualité.

3.5 Atteinte des objectifs de la création des CSSS et perspectives d'avenir

A. REGION DE MONTREAL

La création des CSSS visait explicitement l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. L'analyse des remarques des personnes rencontrées en entrevue relativement à l'atteinte de ces grands objectifs de la réforme donne une image très contrastée entre, d'une part, les cadres dont trois sur quatre les estiment atteignables ou en voie de l'être, et, d'autre part, les intervenantes et intervenants des CSSS dont neuf sur dix considèrent que la situation se détériore et risque de continuer à se détériorer. L'analyse permet d'apporter à ce diagnostic les nuances qui s'imposent. Il faut prendre en compte notamment que notre enquête a été réalisée à un moment où les jeux n'étaient pas encore faits. Ce qui faisait dire à une intervenante quant à l'avenir des CSSS : « Je ne sais tellement pas! [...] Elle est trop tôt cette recherche-là. » (1I8) La Direction de l'évaluation du MSSS note dans le même sens à propos de l'accessibilité des services de première ligne que « la courte période d'observation, de trois à quatre ans selon les indicateurs, apparaît insuffisante pour évaluer les changements amorcés par les CSSS et leurs partenaires du RLS », notamment parce que « les travaux entourant les projets cliniques et organisationnels, ainsi que ceux reliés à l'harmonisation des services sur le territoire, ont débuté, au mieux, dans la deuxième année suivant la fusion des établissements. » (MSSS, 2009 : 13).

Un cadre qui estime que « l'idée n'est pas mauvaise » de regrouper les établissements, note quand même que la création des CSSS a été « une démarche entreprise malgré nous » (2G24). Cette ambivalence n'empêche pas la majorité des personnes à l'emploi d'un CSSS que nous avons rencontrées, d'espérer que cette création donnera de bons résultats (1G4, 1I6, 1I8, 2I14, 2G16), parfois avec la nuance que « ça peut prendre plus longtemps » que les cinq années à venir évoquées dans certains discours de direction (2G24). Un des freins identifiés c'est l'appartenance : « Quand on est un établissement de 3 000 employés, c'est gigantesque. Est-ce qu'on est capables d'avoir encore un sentiment d'appartenance? » (1G4) Il ne faut donc pas se surprendre qu'il y ait « des gens qui ne nomment pas qu'ils travaillent au CSSS, ils travaillent au CLSC », ce qui manifeste que « la notion d'être une grande famille n'est pas encore présente » (1G5).

3.5.1 Les services PALV

Le gain majeur identifié par les cadres c'est la continuité des services entre les divers sites du nouvel établissement. Ce qui caractérise aussi leur point de vue, c'est une vive attente que la fusion administrative maintenant complétée permette d'intégrer davantage les divers services du CSSS, que l'information circule avec fluidité et que chaque cas soit suivi et soutenu dans sa trajectoire de services (1G1, 1G3, 2G17, 2G24). Déjà « on voit une différence en comparaison avec il y a deux ans [...] il y a beaucoup plus de relations qui se développent entre les cadres » (2G24) grâce aux rencontres regroupant les différentes missions et à la direction unifiée qui peut stimuler ces relations.

La visée c'est que le CSSS devienne une référence vers laquelle se porte « le réflexe de la population qui a besoin de services, peu importe le besoin », un partenaire reconnu par la population et les autres acteurs collectifs comme contributif en termes d'« amélioration des conditions de vie » et un employeur capable d'affirmer que « les gens sont contents de travailler chez nous » (1G1). Pour y arriver, l'harmonisation de l'offre de services, l'allocation des ressources requises et la décentralisation sont les conditions les plus souvent évoquées.

L'harmonisation des services est considérée comme « la véritable fusion » des divers sites regroupés dans le CSSS (1G3). Il s'agit essentiellement d'en arriver à une « plus grande intégration à l'intérieur de nos services à nous autres » et une « meilleure coordination de nos services avec nos partenaires communautaires et intersectoriels » (1G3). Du point de vue d'une intervenante sociale, le continuum de services devrait permettre « d'éviter que les gens se détériorent dans les urgences » (1I8). Mais il y a un soupçon à l'effet que « les enjeux sont toujours différents entre les intervenants de la base, les cadres et le Ministère. Eux autres, c'est plus au niveau budget, nous autres c'est plus au niveau de la réponse aux besoins. » (1I8).

L'harmonisation, d'un point de vue des cadres, c'est d'abord une exigence d'équité dans une offre de services qui « était différente par territoire » de CLSC : « une présence dans chacun de ces territoires-là, va demander de la vigilance » pour respecter les caractéristiques locales, « regarder les quartiers à la loupe pour essayer d'avoir un portrait plus fin » tout en faisant en sorte de « ne pas prioriser un secteur plus qu'un autre » (1G5). Pour y arriver, on doit mettre en place, en profitant de ce que permet « une seule et unique direction », des procédures comme un accueil centralisé ou un guichet d'accès unique, une équipe d'évaluation des demandes pour l'ensemble des sites de services (1G3). La visée c'est de mettre en place « une habitude de travail fluide entre les différents volets de l'offre de services » de façon que le CSSS et les initiatives communautaires constituent un réseau de santé, ce qu'un CSSS ne peut faire tout seul (2G16). L'harmonisation de l'offre de services est à la gestion ce que l'interdisciplinarité est à l'intervention : « l'interdisciplinaire, c'est ça toi ton rôle, mais de travailler entre les missions c'est ça mon rôle », dit une gestionnaire (2G24).

Ces remarques rejoignent les conclusions d'un rapport de l'évaluation réalisée dans huit CSSS relativement à l'harmonisation des services : « Sur les six nouveaux CSSS comprenant plus d'un territoire de CLSC, quatre ont réalisé des actions pour harmoniser l'offre de services entre les CLSC », mais on note qu'à la fin 2007, donc presque au moment où nous avons réalisé notre cueillette de données, « si les heures d'ouverture et le type de services offerts ont fait l'objet d'harmonisation, les travaux en regard des façons de faire débutaient » (MSSS, 2009 : 7). Cela rejoint ce que notre cueillette de données nous a permis de constater sur le terrain : l'harmonisation n'a pas la même connotation pour les

cadres responsables de la gestion et de la formalisation des services et pour les intervenants dont les pratiques quotidiennes avaient peu changé au moment de l'enquête.

La seconde condition identifiée pour l'atteinte des objectifs des CSSS en termes de services, c'est une allocation de ressources qui corresponde davantage à la réalité : « Donnez-nous les moyens si vous voulez qu'on actualise la commande » (1G4). Par exemple, les personnes en déficit cognitif auraient besoin de services qui n'existent tout simplement pas actuellement : « Il nous manque vraiment de ressources d'hébergement adaptées aux besoins de cette clientèle-là » (2G24). Les ressources intermédiaires projetées ne sont pas perçues comme étant en mesure de répondre à un tel besoin : « Ils n'ont pas le personnel, ils n'ont pas la formation » (2G24).

Même préoccupation au niveau de la prévention : « on n'arrête pas de prôner la prévention [...] il faut avoir les moyens de la mettre en place. [...] J'ose espérer que ça s'en va tranquillement vers ça, parce qu'actuellement nous n'avons pas reçu, moi je pense, ce dont nous avons besoin pour mettre en application des mandats que nous avons. » (1G4). C'est aussi ce qui est perçu dans le milieu communautaire : « Les budgets de prévention ne sont pas là en ce moment, ils n'ont pas l'argent! C'est aussi clair que ça! On a beau avoir les plus beaux projets cliniques, s'ils ne mettent pas l'argent dans la prévention, on va rester dans le curatif encore cinquante ans. » (2C29). Pour aller vers l'objectif d'une continuité des services, « il va falloir de l'imagination. Et des ressources! » (2G16).

Ce manque de ressources affecte la capacité des CSSS actuellement, mais aussi à moyen terme :

Parce que, moi je vais vous dire, je sens beaucoup d'essoufflement de la part des gens. Comme on n'a pas beaucoup de moyens, il y a beaucoup de choses qu'on tient à bout de bras et les gens sont un petit peu essoufflés. Dans ce sens-là, je me dis comment sommes-nous capables d'actualiser quelque chose si nous n'avons pas le monde pour le faire? (1G4).

Cette gestionnaire note qu'il y a une contradiction entre la mission santé du CSSS et sa capacité à prendre en compte la santé de son personnel. Elle tente de faire un virage en ce sens, mais note que « c'est difficile parce que le système ne nous aide pas toujours. » (1G4)

À cet essoufflement s'ajoutent « le vieillissement des cadres » et la difficulté d'en recruter, compte tenu que la relève ne manifeste pas les mêmes dispositions que la génération actuelle « beaucoup plus missionnaire dans l'âme » (1G4). Cela risque d'entraîner des contraintes importantes dans la mesure aussi où une équipe de cadres juniors est beaucoup plus exigeante en termes d'accompagnement et de soutien (1G4).

Quant à la décentralisation, elle est perçue comme une condition pour que le CSSS puisse faire les changements qui s'imposent (2G17). Par exemple, l'existence d'un service

régional d'admission dans les ressources d'hébergement rend pratiquement impossible l'utilisation des ressources disponibles pour atteindre les objectifs de services. Situer la décision au niveau du CSSS permettrait de transformer des lits non occupés en ressources d'hébergement temporaire et donc de répondre à des besoins de répit pour les proches aidants (2G17). La centralisation actuelle est telle qu'elle fait dire à un directeur à propos de l'Agence : « Qu'on cesse de nous contrôler et qu'on nous aide plutôt à faire notre job. [...] Ils paient, mais ils veulent tout savoir ce qu'on fait avec : ou tu paies ou tu le gardes et tu me donneras tes ordres à la place! » (2G25). À ce sentiment d'être sous contrôle s'ajoute celui de constamment recevoir de nouvelles commandes : « Qu'on nous donne le temps de réaliser ce qu'on nous demande de faire et non d'en rajouter pendant qu'on est en train de réaliser quelque chose. » (2G25). Et enfin d'être soumis à un régime trop lourd : « Des fois je regarde le nombre de personnes qu'il y a autour de la table pour discuter : si je calcule le taux horaire et [que je compare avec] la madame ce qu'elle demandait, je pense que si on lui donnait tout de suite, on en aurait pour un an. » (2G25). Un intervenant social estime que le CSSS est complice de cette centralisation : « Les CSSS sont comme les Agences : ils prennent des commandes. » (1I10).

Quant à l'orientation portée par cette structure dominante, c'est la privatisation : « Il va y avoir une pression politique forte qui va venir du gouvernement qu'il ait la couleur qu'il voudra, pour faire une privatisation de plus en plus forte » (1I10). Le développement des ressources intermédiaires est un indicateur probant en ce sens. Les exigences administratives, dans un milieu comme Montréal, entraînent nécessairement qu'un mandat de ressource intermédiaire est inaccessible pour une petite entreprise ou un organisme à but non lucratif et que seuls les gros joueurs peuvent rencontrer les devis (2G17). La conséquence c'est qu'il devient quasi impossible d'intervenir pour exiger une qualité de services : « Nous autres les travailleurs sociaux trouvons qu'il n'y a pas de services de qualité dans la résidence [...]. On a eu plein de plaintes. Mais [le propriétaire] c'est un très gros joueur sur l'Ile de Montréal en termes d'hébergement privé. » (1I10) Résultat : « Le CSSS s'est donné des balises pour contrôler la qualité des services. Mais ce sont des entreprises privées, donc tu ne peux pas les mettre en tutelle. » (1I10)

Un élément qui risque de changer la donne, c'est l'arrivée de la cohorte des "baby-boomers" dans le groupe des personnes en PALV : non seulement « ils ont plus de formation académique en général » (2G19), mais ils risquent aussi d'être « pas mal plus exigeants que ceux qui sont là en ce moment » (2C29). Ce sont en effet « des gens qui ont été sur le marché du travail, des gens qui ont appris à revendiquer, ce qui n'est pas le cas des personnes qui ont 80 ans aujourd'hui et qui sont majoritairement des femmes qui n'ont pas pris la parole » (2C29).

3.5.2 Rapports entre l'établissement et les organismes communautaires

Du côté des organismes communautaires, la crainte la plus souvent exprimée c'est la transformation des rapports de concertation « en relation services – bailleurs de fonds » (1C12). On en veut comme démonstration les budgets alloués à la santé mentale sous forme d'ententes de services : ces contrats de services représentent à eux seuls, selon les organismes communautaires montréalais, 40 % de l'augmentation consentie en 2007-2008 aux groupes communautaires (1C12). Si les organismes communautaires résistent, le Ministère ne les obligera pas, mais il leur fera comprendre : « Si vous voulez rester autonomes, vous allez chercher longtemps avant d'avoir de l'argent de développement. Vous allez rester pauvres. » Mais il s'en trouvera bien sûr pour « se prêter à la musique » (1C12) puisque « financièrement ils sont moins bien nantis » (2C29). Il y a déjà de telles ententes de services « qui sont signées actuellement au détriment de la qualité » (2C27).

La pression ne viendra pas seulement du Ministère. Le vieillissement de la population et l'arrivée de la génération du “baby-boom” entraînent une demande croissante de services conjuguée à une baisse de l'offre bénévole. C'est le cas notamment pour l'accompagnement. Il ne restera alors comme perspective que la fusion des organismes communautaires et l'offre de services professionnels en réponse aux besoins, peut-être dans des entreprises d'économie sociale : « Les CSSS vont faire une entente de services avec un fournisseur, ils vont acheter des services. Ça enlève tout ce qui est bénévolat. » (2C27).

Dans ce contexte, la préoccupation c'est « que le mouvement communautaire, il faut qu'il prenne sa place et qu'il la prenne bien, dans le sens que l'on reste collés à nos missions. » (2C29).

B. REGION DU SAGUENAY

La Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Loi 25) vise à rapprocher les services à la population, faciliter le cheminement de tout individu ayant besoin d'assistance dans le réseau et cela, dans un souci constant de qualité. Peut-on conclure que la création des CSSS sur le territoire du Saguenay s'inscrit dans ces objectifs? Le discours de l'ensemble des participants semble tendre vers l'affirmative. Les répondants croient beaucoup aux principes « d'accessibilité, continuité, qualité » sur lesquels repose la création des CSSS. Il reste toutefois qu'au moment de l'enquête sur le terrain, les intervenants sont encore dans l'expectative en regard des transformations de leur pratique (4I2, 4I4), la création des CSSS et la mise en œuvre des projets cliniques étant relativement récentes. Seuls quelques gestionnaires du CSSS-4, plus au fait des changements à venir, on fait part de craintes sur le bien-fondé de la réorganisation des services (4G1, 4G2). On fait notamment référence à « l'approche programme » qui pourrait ne pas être aussi bénéfique que voulu pour la clientèle en PALV : « la clientèle PALV, c'est transversal [...] la clientèle transige à travers tous les projets cliniques et à travers tous les services et il ne faut pas la morceler [...] s'ils mettent

l'approche programme de façon silo, la clientèle va encore avoir de la misère » (4G2). Nonobstant ces appréhensions, la grande majorité des répondants semblent confiants dans le succès de l'entreprise en dépit des enjeux importants reliés au vieillissement de la population.

3.5.3 Les services aux personnes en PALV

De l'avis de plusieurs, gestionnaires et intervenants communautaires, la création des CSSS permet la mise sur pied d'équipes multidisciplinaires de professionnels compétents et prêts à travailler ensemble pour répondre aux besoins des personnes âgées (3C1, 3C4, 3G3, 4C2, 4G3). Ainsi, les services s'organisent pour répondre spécifiquement aux besoins de la clientèle (3C3, 3I1, 4G2) et cela, dans une optique de qualité des services (3C3) : « On travaille à créer des réseaux de services intégrés...d'accompagner le plus possible les personnes en perte d'autonomie dans un réseau qui se parle entre partenaires » (3G1). Les répondants connaissent bien les visées d'accessibilité, de continuité et de qualité des services et espèrent bien y arriver.

La plupart s'entendent pour dire que cette nouvelle manière de concevoir l'organisation des services aux personnes âgées entraîne la création ou l'extension de services dans des secteurs qui en étaient autrefois démunis (3C2, 3C3, 3G1, 3G2, 4G4). Cette perception est plus répandue dans le CSSS-3 où des services de popote roulante, de gardiennage et de répit pour les proches aidants n'étaient pas disponibles pour l'ensemble du territoire couvert par l'établissement. Qui dit augmentation des services, dit budget amélioré pour soutenir cette nouvelle offre de services (3C3, 3C4, 4C1, 4G4) : « L'Agence a mis plus d'argent sur le PALV pour le service répit/accompagnement. Il y a beaucoup plus de sous et de possibilités dans ce sens-là » (4C1). Si l'augmentation du financement des services du programme PALV fait l'unanimité, quelques intervenants du CSSS-4 restent avec l'impression que la mission CLSC sera oubliée dans le partage des fonds : « Des fois, il y a des budgets qui sont accordés [...] Tu sais, on voit beaucoup d'annonces de l'hôpital, l'hôpital et l'hôpital. On rénove ceci, on fait ça. Ça grossit à l'hôpital, mais pas beaucoup ici » (4I1).

La continuité et l'accessibilité des services passent par une uniformisation des pratiques, largement approuvée par les gestionnaires et les intervenants (3I3, 4G4, 4I4). On parle de formulaires d'admission désormais standardisés, d'outils d'intervention et de mécanismes d'accessibilité ou de transfert de clientèle cohérents sur l'ensemble du territoire : « Il y a comme une structure plus formelle et on rend l'accès plus facilitant pour les gens » (3I3). Un gestionnaire précise que l'uniformisation des pratiques relève non pas de la création du CSSS, mais du « mécanisme d'accès territorial » (4G4) implanté depuis peu (2008) dans tous les CSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean : « Le mécanisme d'accès territorial, c'est un gros morceau. C'était une priorité régionale, il fallait le faire » (4G4).

La clientèle des deux CSSS bénéficie directement de ces changements. De grands efforts ont été déployés pour réduire les listes d'attente pour les différents services comme les centres de jour, la réadaptation, le soutien à domicile (3G1, AI1). On note aussi la mise en place du système de guichet unique (4C3) et la création de postes d'intervenant pivot (4G3) : « Le fait d'un seul passage pour avoir accès à tous les services et que cette personne-là puisse accompagner, c'est vraiment bien » (4C3). Un gestionnaire précise cependant qu'il reste beaucoup de travail à faire pour répondre efficacement aux besoins des personnes âgées : « Il reste encore toute la dimension de la santé mentale pour la clientèle PALV qui n'est pas encore accrochée [...] la dimension du suicide notamment » (4G3).

3.5.4 Rapport entre les CSSS et les organismes communautaires

Les dernières années ont vu les ententes de services ou autres relations partenariales se multiplier entre les CSSS et les organismes communautaires. De fait, de nombreux répondants semblent désormais considérer les organismes communautaires comme des « incontournables » dans la prestation de services aux personnes âgées (3C2, 3G1, 3G2, 4C3, 4C4, 4G4). Cette situation devrait d'ailleurs perdurer puisque l'on appréhende une augmentation de la demande de services due au vieillissement de la population. Autant du côté des CSSS que de celui des organismes communautaires, on constate que le Réseau ne pourra absorber seul l'accroissement des demandes et donc, que les « débordements » devront être pris en charge par le milieu communautaire (4I4). En ce sens, ce dernier deviendra un partenaire à part entière des CSSS et cela, que le réseau le veuille ou non : « Le CSSS ne pourra pas se passer de nous autres [...] ils ne pourront pas devenir multiservices, avoir tous les services que nous donnons dans une seule bâtisse » (4C3).

En ces circonstances, la question du financement devra être revue, car si les organismes sont prêts à jouer un rôle plus actif dans les services en PALV (3C1, 3C2, 3C3, 4C1, 4C2), cela ne peut se faire sans ressources adéquates : « Nous espérons être en mesure d'augmenter nos services et à ce niveau là, bien sûr ça passe par le financement. [...] On espère qu'on aura un meilleur financement pour ce qu'on donne » (4C2). Cette perception est d'ailleurs partagée par des répondants des CSSS (4G2, 4G3), mais cette augmentation du financement a une contrepartie : « Si tu donnes plus de ressources, il faut que tu exiges plus au niveau de la reddition de comptes, parce que sinon tu vas perdre le contrôle » (4G3).

L'accord quasi général du milieu communautaire à travailler de concert avec les CSSS est fonction de deux éléments majeurs. Le premier est la reconnaissance de l'apport et de l'importance des organismes communautaires qui, si elle n'est pas encore totale, devrait aller en s'améliorant (4C1, 4C2, 4C4, 4G4). Le simple fait d'avoir été invités à l'élaboration des projets cliniques et de participer à leur mise en œuvre a convaincu les répondants du milieu communautaire qu'ils ont leur place dans les plans d'action régionaux

et locaux (3C1, 3C2, 3C3, 4C2, 4C4). Ceci conduit au deuxième élément facilitant qui est la volonté de plusieurs organismes du milieu de s'inscrire dans les visées d'accessibilité, de continuité et de qualité (3C3, 3C4, 4C1, 4C4) en collaboration avec les CSSS : « Notre mission, c'est d'offrir des services de qualité le plus harmonieusement possible » (3C3). Constatant les limites du Réseau et étant reconnus comme partenaires, les organismes communautaires désirent utiliser leurs capacités au mieux pour servir la communauté dans laquelle ils sont implantés (3C3, 4C1, 4C4).

Est-ce à dire que les prochaines années verront des rapports entre les CSSS et les organismes communautaires libres de toutes craintes ou contraintes? Étonnamment, ce sont davantage les répondants des CSSS (3I1, 4I1, 4G2, 4G3, 4I4) qui appellent à une plus grande vigilance pour que les rapports décrits en termes de partenariat, n'entraînent pas une perte d'autonomie pour les organismes communautaires : « S'ils deviennent dépendants pour donner des services, ça risque de changer la game. Ça change les rapports de pouvoirs » (4I1). La question du financement et de la reddition des comptes revient encore ici et risque à terme, de ternir les relations et d'entraîner des rapports de compétition : « On pourrait penser que dans cinq ans on parlera d'un réseau local de services où les acteurs se parlent et sont en bons termes pour offrir de bons services. Je suis naïve, mais pas à ce point-là! Je pense que ça va jouer du coude jusqu'au bout » (4I4).

3.5.5 L'hébergement

Selon les répondants, les défis qui attendent la société québécoise sont énormes. Inlassablement, ils énumèrent les difficultés inhérentes au vieillissement de la population. Le problème n'est pas tant l'augmentation du nombre de personnes âgées que l'espérance de vie de plus en plus longue qui ne rime pas toujours avec un bon état de santé : « Quand tu meurs à 65 ans, tu as moins de chances d'avoir un cancer que si tu te rends à 85 ans. [...] C'est très rare qu'une personne de cet âge ne soit pas suivie pour une maladie chronique. Ça va demander beaucoup au Réseau » (4G4). Ce glissement vers la « très grande perte d'autonomie » (4G3, 3C4) est d'ailleurs actuellement perceptible : « Avant, pour rire, je disais que mes services étaient faits pour les 7 à 77 ans. Maintenant je devrais plutôt dire 7 à 107 ans. Je fais des blagues, mais les gens centenaires, on en voit de plus en plus souvent » (4G2).

Pour faire face à ces difficultés, les répondants savent et constatent que les CHSLD ne sont pas la solution d'avenir. D'abord parce que ce seraient des structures trop lourdes à gérer pour le système (3I1, 3G3), mais aussi parce que la « ghettoïsation » des aînés devrait être évitée : « J'y vais des fois. Ils se parlent tous de leurs petits bobos. Je trouve que ce n'est vraiment pas un milieu stimulant » (4G2). Évidemment, certaines situations demandent d'avoir recours à ce type de ressources. Dans un contexte où les enfants demeurent souvent « à Philadelphie, et un autre à Miami » (4I1) et ne peuvent s'occuper de leurs parents, la nécessité d'avoir des places en hébergement institutionnel se fait sentir. Au moment de

l'enquête, la situation dans les CHSLD du Saguenay en termes de lits disponibles était jugée limite (3I3). Compte tenu du vieillissement de la population, plusieurs répondants croient qu'il faudra augmenter rapidement les places disponibles dans ces ressources pour soutenir les personnes âgées vivant seules (3G3, 3I1, 4G2).

Malgré cette dernière préoccupation, c'est sur le maintien à domicile qu'il faudra axer les efforts (3G1, 3G3, 3I1, 4G2, 4I3). Or, dans l'état actuel des choses, ces services peinent à suffire à la demande et seront très certainement inadéquats d'ici quelques années : « Est-ce que nous avons mis sur pied tout ce qu'il faut pour maintenir les gens à domicile? La réponse est non » (3G3). Selon plusieurs répondants, il faut dans un premier temps développer les programmes de prévention pour éviter que l'état de santé des personnes âgées ne se détériore au-delà de la capacité des services de maintien à domicile (4C4). Dans un deuxième temps, il est primordial de soutenir les proches aidants pour éviter l'épuisement (3G3), l'isolement et la solitude (3I1). Pour répondre à cela, il faut plus de ressources et, malgré les orientations claires du MSSS en ce sens, certains intervenants constatent que les efforts sont insuffisants : « Ils veulent garder le monde à domicile, mais nous n'avons pas plus de ressources » (4I3). Les répondants ne font pas uniquement référence à l'augmentation des budgets en maintien à domicile. Autant dans les CSSS que dans les organismes communautaires, on constate un manque de ressources humaines : « Déjà que nous, affirme une intervenante de CSSS, nous avons de la difficulté au niveau du recrutement, je pense qu'eux ont encore plus de difficulté parce qu'un bénévole, ce n'est pas payé! » (4I3).

La grande majorité des répondants s'entend sur le fait que la création des CSSS arrive à point pour relever les défis qui attendent le Québec en regard des services PALV. Non pas tant que la fusion des établissements soit le remède en soi, mais plutôt parce que la réorganisation qui en découle permet de «dépoussiérer» des outils d'intervention, d'évaluer les besoins de la population et de mettre en application un plan d'action (3G1, 3I3, 4G3, 4G4). Le discours des participants, aux premières loges de la prestation des soins aux aînés, exprime l'urgence d'agir. On voudrait que les services se développent plus rapidement avant d'atteindre un point de non-retour : « Il va y avoir des choix déchirants à faire d'ici une quinzaine d'années. Nous sommes une société avec un budget limité et 45 % vont déjà dans la santé. On ne peut pas en mettre 60 %, sinon on ne mettra plus d'argent dans les routes, la famille, l'environnement. C'est... très préoccupant » (4G4).

3.5.6 Pratique psychosociale

De manière générale, les intervenants interrogés croient que la création des CSSS aura plus d'impacts positifs que négatifs sur leur pratique (3I2, 4I1, 4I2). Il est cependant intéressant de constater que certains intervenants plus expérimentés n'entrevoient pas de grands changements : « Je ne sais pas...si je regarde depuis le temps que je travaille, je ne trouve pas que ça a changé tant que ça. [Dans cinq ans] je pense que ça va ressembler à

aujourd'hui » (4I2). Certes, la question de la « paperasserie » devra être réglée à court terme, car avec « une charge qui est des fois de 70, 80 cas, c'est impossible de tout remplir » (3I3). Les intervenants aiment leur profession, mais les démarches administratives qui se multiplient entravent leur travail (4I2). Il faudra faire un choix rapidement : « Ce qui devrait se passer c'est soit une réduction des charges de cas ou alors faire quelque chose avec la paperasse, nous simplifier ça, le synthétiser. Il va falloir qu'il se passe quelque chose » (3I3).

La gestion de cas n'apporte pas que des contraintes. Pour les gestionnaires des CSSS rencontrés, elle permettra certainement de « décloisonner les pratiques » (3G3) comme cela se fait déjà avec d'autres clientèles, ainsi que de permettre aux intervenants de s'ouvrir aux autres professionnels (4G3). Ils estiment que c'est un plus pour les intervenants bien que cela entraînera des changements encore mal perçus au moment de l'enquête (3G2). La pratique psychosociale ouverte sur la communauté risque de gagner en importance dans les prochaines années (3I2, 4G4) dans les milieux où elle est moins présente. On fait d'une part référence aux milieux hospitaliers dont les intervenants sociaux ne mettent pas assez l'emphasis sur l'autonomisation des individus et les forces de leur environnement (3I3). L'implication d'intervenants plus habitués à jongler avec ces éléments dans le dossier de personnes hospitalisées sera donc bénéfique pour la clientèle en PALV. D'autre part, jusqu'à présent dans les centres d'hébergement, comme il n'y a pas d'intervention sociale, on « laisse les gens à eux-mêmes, on les met là et on ferme les dossiers » (4I3) alors qu'avec des travailleurs sociaux sur place, on pourrait désormais soutenir la famille ainsi que les individus eux-mêmes.

3.5.7 Pratique d'organisation communautaire

Dans le contexte de la création récente des CSSS, l'organisation communautaire semble toujours avoir une place importante pour l'ensemble des répondants. D'abord, on croit que le rôle des OC sera de consolider les relations de collaboration établies entre les organismes communautaires et les établissements publics (3I1, 3G1, 4C4, 3G2). Beaucoup d'énergies ont été mises ces dernières années à créer ces liens et il serait dommage, de l'avis des répondants, de les voir s'amoinrir : « J'espère que ça va se maintenir le lien de confiance et de partenariat [...] Je pense qu'il faut que ça reste et c'est ça qui va faire la force du CSSS. Je pense que les organisateurs communautaires en place sont assez solides pour maintenir ce volet-là » (4G2).

L'autre rôle majeur que devront jouer les OC est celui de ramener constamment aux gestionnaires des CSSS les besoins de la population (3I1, 4G2). Ici, on ne parle pas nécessairement de créer des liens avec les organismes communautaires, mais bien d'intervenir directement auprès des citoyens eux-mêmes. À ce sujet, des gestionnaires et des intervenants croient que la tendance qui se dessine à l'horizon pour l'organisation communautaire, c'est celle d'un retour aux sources via le volet « développement des

communautés » des projets cliniques : « Il y a un retour à travailler davantage sur le territoire avec les gens, mais moins avec les organisations. C'est ça le développement des communautés, c'est de retourner sur le terrain avec les citoyens et les citoyennes » (4I4).

Cette nécessité de rester en alerte quant aux besoins des communautés est d'autant plus importante que la population vieillissante se tourne de plus en plus vers le secteur privé (3C4, 4G2, 4C1). C'est un domaine encore peu investi par les OC qui deviendra pourtant prioritaire dans les prochaines années. D'une part, des liens devront être bâtis entre les ressources privées et les CSSS pour tenter d'arrimer les services (3C3, 3G1, 3I1, 4C1, 4G2). D'autre part, il y a toute la question de l'appropriation du pouvoir des individus, la défense des droits et le tissage d'un réseau social qui devra être fait dans les grands parcs de résidences pour personnes âgées : « Il y a beaucoup d'abus des personnes âgées et les organisateurs ont un rôle [à jouer] là-dedans, comme dans les HLM, pour impliquer vraiment plus les gens, faire des comités de résidents. Il va falloir travailler cette partie-là parce qu'il y a trop de tours [d'habitation] de personnes âgées où les clients n'ont pas assez de pouvoir, ce sont les ressources qui ont le pouvoir » (4G2).

On espère donc beaucoup des OC dans les années qui viendront, au niveau de la concertation entre les partenaires du réseau, de la promotion et de la défense des droits en réponse aux besoins de la population et, plus spécifiquement, ceux des personnes âgées. Les OC actuels semblent aguerris dans leurs fonctions, mais les nombreux départs à la retraite planifiés pour les prochaines années causent quelques inquiétudes chez les répondants des CSSS : « Les gens ont peur que, moi partant, le lien [avec la communauté] se perde un peu. J'ai une croyance en l'organisation communautaire [...] je vais essayer de la transmettre à la personne qui va me remplacer, mais c'est sûr que c'est une valeur que tu as ou pas » (4G2). La relève devra être forte pour défendre les valeurs communautaires, surtout dans un contexte où la structure des CSSS est lourde et a tendance à la standardisation (4G2).

CHAPITRE 4

ANALYSE COMPARATIVE DES RÉSULTATS OBSERVÉS SUR LES QUATRE TERRITOIRES DE CSSS-RLS

L'analyse des entrevues nous permet de dégager certaines lignes de force que nous voulons préciser dans ce chapitre. Ce sera aussi l'occasion de confronter ces résultats à ceux de la démarche d'évaluation entreprise par le MSSS de 2004 à 2007, soit immédiatement avant nos entrevues, sur l'implantation des CSSS et des RLS (MSSS, 2010). Publiée au moment où nous achevons l'analyse de notre matériel, nous y avons trouvé quelques conclusions qui jettent un éclairage intéressant sur les nôtres. Cette recherche évaluative a été effectuée avec la méthode de l'étude de cas multiples à partir de huit réseaux locaux d'autant de régions différentes dans le but de « documenter le processus d'implantation des CSSS-RLS » (MSSS 2010 : VII).

4.1 Au niveau des rapports avec les partenaires communautaires

Sur l'ensemble des territoires, la question des rapports des CSSS avec les organismes communautaires se pose en termes de continuité des rapports établis auparavant par les CLSC, une continuité qui n'est pas acquise. Même si dans les pratiques quotidiennes ou aux tables de concertation les rapports s'avèrent bons, le milieu communautaire se montre inquiet. On craint pour l'avenir puisque, malgré les signes de continuité donnés par les directions locales, le changement des cadres de CSSS ou le renforcement des orientations ministérielles pourrait bien compromettre le climat actuel.

L'avènement de structures plus imposantes et la mobilité du personnel cadre ne favorisent pas des rapports aussi familiers que ceux qui existaient avec les CLSC et qu'on retrouve encore sur le territoire plus petit de l'un des CSSS étudiés (CSSS 3). L'avènement des CSSS a entraîné des changements d'interlocuteurs et la perte de rapports de connaissance mutuelle qui caractérisaient les liens des organismes communautaires avec le personnel des CLSC. L'arrivée de cadres issus d'une culture hospitalière, peu familiers avec le milieu communautaire, oblige les organismes à s'imposer pour se faire entendre. Si l'accueil des directions de CSSS est généralement favorable, les rapports au quotidien avec les nouveaux cadres ne vont pas de soi. D'une part parce qu'ils ne sont pas familiers avec la réalité communautaire, mais aussi parce qu'ils sont soumis à une logique de services intégrés peu appropriée à la spécificité des réalités communautaires. Fondée ou non, mais reconnue par les gestionnaires des CSSS, il y a une nette appréhension dans les milieux communautaires

de se faire happer dans une logique nivelant les différences au profit de l'harmonisation et de la standardisation de l'offre de services, même sur les territoires où les directions de CSSS ont jusqu'à maintenant réussi à préserver la prise en compte des différences locales.

Partout, il y a une volonté exprimée de préserver l'autonomie des partenaires communautaires, une autonomie reconnue nécessaire pour la pérennité de leur contribution spécifique. Nous l'avons observée et le rapport d'évaluation du MSSS le confirme : « le partage éventuel des rôles avec les établissements institutionnels ainsi que la préservation de l'autonomie des organismes communautaires s'élèvent parmi les défis les plus importants à relever pour les CSSS » (MSSS, 2010 : IX). Les organismes communautaires sont inquiets de « la perspective d'un financement basé uniquement sur la signature d'ententes avec le CSSS » (Idem : 63). Les groupes craignent que le financement à la mission globale en provenance de l'Agence cède le pas à un financement «lié à la participation aux ententes de services ou à d'autres formes de contrat avec le CSSS ; leur "survie" pouvant devenir conditionnée à leur inscription dans le cadre des contrats correspondant directement aux objectifs des CSSS» (Idem : 68).

Cependant actuellement les ententes de services rendant les organismes communautaires redevables et les soumettant à une reddition de comptes de même nature que celle qui lie les CSSS aux agences et au ministère ne semblent pas être une pratique courante. Même si l'un des CSSS étudiés avait déjà conclu une vingtaine d'ententes de services avec des organismes communautaires de son territoire, dans les autres CSSS il y avait, au moment de notre enquête, surtout des ententes de collaboration portant sur de bonnes pratiques de coopération dans la dispensation des services plutôt que des rapports contractuels de livraison de services. Les directions de CSSS sont sensibles à la contradiction entre le partenariat et le rapport contractuel de bailleur de fonds et les organismes souhaitent préserver leur mode particulier de présence aux milieux, même dans la livraison de services. Mais tous se demandent si l'alourdissement administratif en cours ne va pas entraîner de nouveaux rapports modifiant les contours actuels de la complémentarité entre les organismes communautaires et les CSSS. Déjà aux tables sectorielles, les CSSS apparaissent comme des partenaires dont le poids est nettement plus considérable et il semble y avoir une tendance des agences à transférer aux CSSS, avec l'accord de certains, la gestion de ressources destinées aux initiatives communautaires.

4.2 Au niveau des pratiques psychosociales

Changement ou non? La création des CSSS a entraîné des changements d'abord dans les structures et les tâches d'encadrement, ce qui, au moment des entrevues, n'avait pas nécessairement amené des changements dans les pratiques de terrain. Les cadres et les gestionnaires se sont davantage approprié les orientations de changement et ils en perçoivent davantage les avancées.

Dans les CSSS des deux régions, les premières affirmations sont au fait qu'il y a peu de changement dans les pratiques. Cependant l'ensemble des entrevues met en évidence des changements significatifs dont les effets sont parfois plus appréhendés que vérifiés, mais qui sont néanmoins bien réels. Il est difficile de départager ce qui provient des orientations ministérielles et qui était déjà en marche avant la création des CSSS, de ce qui dépend de cette transformation. Le principal effet, au moment de l'enquête, se situait au niveau de l'encadrement tandis que les changements observés dans les pratiques psychosociales ne sont pas nécessairement liés à la création des CSSS : le recours aux OEMC, à ISO-SMAF et à la gestion de cas faisait déjà partie des orientations ministérielles avant 2004, tout comme la volonté de privatiser l'hébergement en créant des ressources intermédiaires pour alléger les charges du réseau tout en lui laissant le contrôle de la qualité.

Les CSSS apparaissent comme un milieu favorable à ces nouvelles orientations et leur création a, en quelque sorte, accéléré la mise en œuvre de mesures destinées à gérer selon les principes de la nouvelle gestion publique (NGP) les effets du vieillissement de la population sur les services de santé et les services sociaux. En contrepartie, il y a unanimité pour parler d'un alourdissement administratif par rapport à la situation qui prévalait dans les services aux personnes âgées dans les CLSC. Les cadres ont une image du changement plus positive, estimant que la continuité des services y a gagné et qu'il y a une plus grande fluidité, tandis que les intervenants et intervenantes sociales (IS) sont, pour leur part, plutôt inquiètes ou même en deuil suite à la transformation des pratiques professionnelles.

Il y a d'abord une transformation du contexte d'intervention. Au Saguenay, on signale une « garde sociale » qui échoit aux IS. À Montréal, c'est la création de ressources intermédiaires qui entraîne le sentiment d'une détérioration de la qualité des services en comparaison avec les standards des centres d'hébergement publics, et qui impose aux IS une gestion des risques. S'ajoute un second volet de privatisation, le recours aux agences privées de personnel pour l'aide domestique et les soins infirmiers, qui est aussi perçu comme une perte majeure de qualité par les intervenantes et comme un carcan par les cadres. Enfin la mesure de désengorgement des urgences (MDU) à Montréal, au moment de notre cueillette de données, semble aussi entraîner des effets pervers quant à une gestion responsable des services notamment dans les cas de personnes en perte d'autonomie cognitive pour lesquelles les risques sont élevés en milieu naturel et l'accès à l'hébergement problématique.

Il y a aussi une transformation de la tâche en travail social. Dans la région montréalaise, la création des CSSS entraîne une volonté d'harmonisation territoriale de l'offre de services. En regroupant plusieurs CLSC aux pratiques diversifiées et des centres d'hébergement, apparaissent des disparités territoriales qu'une administration souhaite réduire : pour certains il y aura gain de ressources, pour d'autres perte, mais pour tous il y a des façons de

faire à changer. Cette situation ne se vérifie pas au Saguenay où il n'y a pas eu de modification du territoire desservi.

Plus important, le passage d'équipes disciplinaires à des équipes interdisciplinaires touche directement l'action professionnelle et fait en sorte que les IS qui constituent le groupe professionnel le plus important en nombre, assument la part la plus significative du passage à la gestion de cas. Le recours à la consultation dans les processus de modification de l'organisation des services facilite le changement, sans toutefois venir à bout de la méfiance des IS d'expérience pour qui ces changements génèrent de l'insécurité professionnelle. L'interdisciplinarité n'évite pas les chocs dans l'organisation du travail et les manifestations de territorialité professionnelle, notamment entre les IS provenant des CLSC et le personnel hospitalier dont certains ont le sentiment « qu'on leur vole leur travail » au point d'en référer à leur syndicat. Les entrevues ont aussi fait ressortir des perceptions différentes de l'interdisciplinarité entre le Saguenay et Montréal. Au Saguenay on semble considérer la gestion de cas comme une marque de confiance faite aux IS, tandis qu'à Montréal les IS et les cadres y voient soit une perte en termes d'intervention clinique, soit un changement significatif, et donc bouleversant, dans la définition de l'intervention professionnelle.

L'approche des services intégrés et hiérarchisés qui caractérise les CSSS dans leur définition juridique même, passe en effet par la gestion de cas des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Cela fait passer au second rang l'intervention psychosociale que plusieurs IS estiment être le trait distinctif de leur pratique professionnelle. Les entrevues ont démontré qu'il y a une tension entre la définition du terme « clinique » par les cadres et celle que lui donnent les IS. Les premiers estiment que la gestion de cas est une pratique essentiellement clinique, les secondes que le vrai travail clinique réside dans la relation personnalisée avec les personnes en besoin de services. Ce sont des « cliniciens » qui se sentent mieux quand ils sont à domicile alors qu'on leur demande d'agir comme intervenants pivots, ce qui entraîne une réduction du temps passé avec les personnes âgées en besoin et une perte de satisfaction au travail. Les tâches reliées à la gestion de cas sont perçues par les travailleuses sociales d'expérience comme une bureaucratisation : il y a « beaucoup de paperasses » à remplir, les interventions se font par téléphone, bref la relation professionnelle est atteinte.

On ajoute aux OEMC, le recours au profil gériatrique de type ISO-SMAF et une reddition de comptes nettement plus serrée, notamment en termes de statistiques d'intervention, de même qu'une nécessaire gestion des urgences. Cet alourdissement entraîne un sentiment de perte de contrôle de l'organisation de leur travail, ce que certains compensent par des listes d'attente officieuses ou des méthodes de contournement des règles administratives de la MDU.

Si les IS montréalaises rencontrées font état d'un brouillage des limites entre les actes professionnels, d'une perte du contact direct avec les personnes en PALV et d'interventions de service direct en urgence, celles du Saguenay soulignent le déplacement des décisions vers l'hôpital. La transformation indique un passage de services destinés à une population âgée sur un territoire de CLSC à un programme pour la clientèle en PALV d'un établissement. L'approche populationnelle dans les faits s'avère davantage une façon de mettre le milieu à contribution pour une charge qui s'alourdit à cause des effets du vieillissement de la population sur l'hôpital et les ressources d'hébergement, qu'un ajustement des services aux caractéristiques et aux besoins d'un milieu. Cette transformation s'est amorcée avant la création des CSSS dont la mise en place, selon certains, se trouvait de ce fait justifiée.

Les intervenantes et intervenants psychosociaux déplorent la mobilité des cadres d'un poste à l'autre dans le CSSS, mais aussi entre les sites de services. Plusieurs nouveaux cadres ne connaissent pas les pratiques de soutien à domicile développées dans les CLSC ni la pratique du travail social, et les déplacements entraînent des absences à des moments où du soutien serait requis, en même temps qu'il entraîne une méconnaissance des personnes en PALV à desservir. Plusieurs cadres ont mentionné le sentiment que le type de reddition de comptes installé dans les CSSS les met en position d'être au service de la bureaucratie administrative. Il est frappant de constater que ces problèmes ne se vérifient pas dans l'établissement constitué sur une base de regroupement volontaire depuis une dizaine d'années et dont la taille est plus petite que celle des autres CSSS étudiés.

Le poids de la gestion entraîne un affaiblissement du soutien professionnel. La possibilité de rencontrer le supérieur immédiat fait souvent défaut lorsque surviennent des situations complexes au plan éthique ou qui exigent une décision rapide. Si cela constitue une occasion d'autonomisation des TS, c'est aussi perçu comme une carence. La désignation de coordonnatrices professionnelles ou la consultation entre pairs sont des alternatives, mais les équipes interdisciplinaires sont moins favorables à ce type de soutien mutuel entre IS. La supervision professionnelle passe par les coordonnatrices professionnelles ou par le recours à des consultants externes, cette seconde formule favorisant la distinction entre la gestion des services et le renforcement des pratiques professionnelles. Sur cet enjeu aussi le rapport d'évaluation du MSSS confirme nos observations. On peut en effet y lire que « les nombreux "changements de chaise", les fonctions assumées de façon intérimaire, mais surtout la faible disponibilité des gestionnaires ont soulevé et soulèvent toujours un vent d'inquiétude » (MSSS, 2010 : 48). Rejoignant les appréhensions exprimées par les intervenantes sociales et les OC dans nos entrevues, les évaluateurs ont constaté « certaines craintes [...] quant aux changements apportés au nouveau modèle d'encadrement, notamment l'assurance d'une supervision clinique adéquate » (Idem : 50). Ce climat de démobilisation affecte en retour le personnel cadre comme le décrit très bien le rapport :

Les gestionnaires se sont impliqués de manière très étroite dans tout ce processus de changements et, malgré leur enthousiasme, l'essoufflement se fait sentir chez plusieurs d'entre eux. Cet état est largement attribué à la modification et à l'alourdissement de leurs tâches. En effet, depuis le début de la fusion, le personnel d'encadrement s'approprie un nouveau rôle, constate un surplus de tâches liées à la fusion administrative (révision des processus), entretient des liens plus soutenus avec les partenaires, observe une augmentation des démarches en termes de reddition de comptes et de contrôle de la qualité et s'ajuste aux aléas d'une gestion à distance qui s'accorde difficilement au plus grand soutien exigé de la part du personnel. (Id : 93)

Quant à l'autonomie et à la reconnaissance du travail social, les changements en cours ne favorisent pas le sentiment qu'elles sont meilleures. Estimant que ne connaissant pas leur travail on ne peut le reconnaître, certaines IS n'ont pas le sentiment que leur situation professionnelle s'améliore. Le contentieux est persistant entre le médical - santé et le social. Le fait d'être consulté sur l'organisation des services professionnels est souligné comme un indicateur de reconnaissance, mais les bouleversements sont aussi un message pour les TS d'expérience que leurs pratiques ne sont pas celles que l'on désire développer. Les services intégrés et hiérarchisés laissent moins de marge de manœuvre même si, là où les structures sont en place depuis plus longtemps on estime que les intervenantes se montrent autonomes dans leurs modèles d'intervention. On peut sans doute attribuer cela au fait que la stabilité des gestionnaires est un gage de sécurité dans les décisions plus complexes qu'elles ont à prendre, du fait que les attentes à rencontrer sont connues.

4.3 Au niveau des pratiques d'organisation communautaire

Au moment de nos entrevues, l'organisation communautaire était rattachée aux directions locales de santé publique, mais l'encadrement des OC avait encore peu bougé. Les regroupements dans une même équipe étaient trop récents (quelques semaines tout au plus dans deux cas sur trois où il y a plus d'un OC par CSSS) pour que des effets marquants soient vérifiables. Il y avait cependant le sentiment d'une période de flottement, de transition quant aux effets des changements administratifs.

Les attentes exprimées à l'égard de l'organisation communautaire par les cadres et les organismes du milieu allaient dans le même sens : faciliter les liaisons, soutenir les organismes de la communauté et favoriser une approche populationnelle dans les programmes. Les OC sont perçus comme des professionnels qui maîtrisent les diverses cultures organisationnelles et sont, de ce fait, bien placés pour favoriser les partenariats. Dans la mise en œuvre de la responsabilité populationnelle, ils peuvent devenir un apport majeur parce qu'ils sont sur le terrain et peuvent devenir « les oreilles » du CSSS. Cependant la structure CSSS modifie le contexte de leurs interventions.

À Montréal, les OC et une partie des intervenants des organismes communautaires et autres organisations de la société civile ont affirmé une perte de maîtrise des rapports CSSS-milieu en comparaison de ce qui existait dans les CLSC. Maintenant ce sont les directions qui assurent les relations de partenariat de telle sorte que le travail des OC avec les groupes du milieu n'a plus ce caractère de complicité qui faisait dire à un dirigeant d'organisme communautaire qu'il pouvait auparavant travailler avec un OC « comme si c'était un collègue d'un autre organisme communautaire ». Les OC estiment pour leur part que l'engagement de la direction du CSSS avec les organismes du milieu est un plus à la condition que celle-ci prenne en compte l'expertise des OC, ce qui n'est pas nécessairement le cas actuellement. Ils ont le sentiment de ne pas être suffisamment appuyés par leur direction sur des enjeux qui génèrent des tensions entre la communauté et le réseau. Au Saguenay, il y a une volonté clairement affirmée de contrôler des pratiques qui relevaient autrefois des OC, afin d'assurer l'image du CSSS dans le milieu.

Le soutien aux groupes s'en ressent et cela inquiète, même si l'interprétation à donner à la disponibilité restreinte des OC au cours des dernières années oscille entre une baisse de disponibilité en période de réorganisation et un désinvestissement de la part des CSSS. Il ne semble pas actuellement que le lien soit perdu, mais du côté des cadres on reconnaît qu'il y a d'autres priorités reliées aux projets cliniques, ce qui n'est pas sans créer une pression pour des investissements plus importants à l'interne. Enfin, même s'il y a peu de changement effectif, il y a une volonté des cadres que les OC ne soient pas un palliatif au manque de ressources des groupes, ce qui est de nature à valoriser l'organisation communautaire, mais qui peut susciter des inquiétudes dans les organismes communautaires. À l'égard du travail de concertation, la baisse de disponibilité des OC pour le travail de soutien logistique et clérical que les organismes du milieu estiment ne pas avoir les moyens d'assumer, est effectivement ressentie comme un recul. Une moins grande disponibilité des OC est perçue ou appréhendée par les groupes qui sont aussi inquiets de la possibilité que les ententes de services et la mise en œuvre de programmes du réseau n'entraîne les OC dans des responsabilités de gestion en contradiction avec leur rôle auprès des organismes du milieu.

L'encadrement de l'organisation communautaire n'étant pas très défini au moment de l'enquête, ce sont les rapports avec la direction générale qui préoccupent le plus : comment se feront les arbitrages nécessaires entre les interventions des OC et les choix de partenariat établis par la direction? La désignation de pairs coordonnateurs professionnels ou la définition d'un cadre de référence en organisation communautaire sont des atouts de reconnaissance de la contribution spécifique des OC, mais cela ne suffit pas. Il faut aussi des mécanismes permettant d'éviter des relations conflictuelles ou perçues comme telles entre direction générale et intervenants communautaires, notamment sur le terrain complexe du développement social et du développement des communautés.

4.4 Au niveau du projet clinique du programme PALV

En termes de processus de planification

En règle générale, les démarches d'élaboration du projet clinique du programme PALV ont comporté une participation des organismes communautaires à des rencontres de consultation sur la base de documents préliminaires élaborés par les cadres des CSSS. Ce sont des cadres qui ont préparé les démarches de consultation et ont soutenu le fonctionnement des comités de travail. Dans notre enquête, nous n'avons rencontré qu'un seul cas où un OC a été associé directement à ce processus.

Chacun des CSSS étudiés présente des particularités. Dans la région de Montréal, l'un des CSSS a misé sur une démarche participative et inclusive en comptant sur les concertations communautaires ce qui permettait que les représentants du milieu soient mandatés par leurs pairs. Dans l'autre, la démarche de consultation a été réduite à une cueillette de commentaires sur un document élaboré par la direction, sans passer par la concertation des organismes communautaires intervenant avec les personnes âgées. La satisfaction des partenaires est directement proportionnelle à leur participation. Dans le premier cas, les partenaires communautaires se sont sentis respectés et écoutés. Ils estiment avoir contribué au processus et ils en retirent une meilleure compréhension de ce qui se passe dans le secteur public. Dans le second CSSS, les partenaires communautaires qui ont participé aux rencontres, ont apprécié l'expérience, mais estiment qu'elle n'a eu aucune suite et que ce sont les grandes orientations nationales qui monopolisent les énergies du CSSS. Le fait que l'on ait laissé sur la touche l'instance locale de concertation a suscité une certaine grogne, notamment des OC qui y sont engagés.

Dans la région du Saguenay, la satisfaction des partenaires communautaires est aussi à la mesure de leur participation. Le CSSS créé il y a dix ans a suscité une satisfaction générale en étendant la consultation à tous les organismes partenaires. La seule réserve tient au fait que la dimension hospitalière et médicale exerce un poids déterminant sur les orientations. Dans l'autre CSSS, les invitations restreintes ont suscité l'impression dans le milieu communautaire que tout est « fait à l'avance », même si les cadres responsables de la consultation estiment avoir seulement soutenu l'expression des attentes du milieu. En fait, c'est la participation restreinte, pour des motifs d'efficacité de la consultation, qui semble avoir été la pierre de touche puisque par la suite, les organismes ont le sentiment qu'ils sont davantage partie prenante du processus de mise en œuvre du projet clinique dans le cadre du réseau local de services.

Du côté des intervenantes et intervenants des CSSS, il y a un sentiment quasi unanime de n'avoir eu rien à dire et, pour la plupart, de ne pas voir de mise en œuvre d'un projet clinique. Les transformations institutionnelles en cours ne sont pas perçues comme la mise en œuvre d'un plan local d'organisation des services. Les démarches d'élaboration du projet clinique n'ont donc pas été mobilisatrices pour le personnel. Souvent, même les

directions ont le sentiment que les vraies priorités sont déjà très définies quand arrivent les orientations du ministère ou de l'agence régionale. Relativement à la mobilisation du personnel, le rapport ministériel note que cela demeure « un enjeu important et le sentiment d'appartenance reste à construire dans certains CSSS » (MSSS, 2010 : IX). Il vaut la peine de citer un passage décrivant les facteurs qui contribuent à cette démobilisation :

L'inévitable alourdissement de la structure hiérarchique qu'entraîne la fusion des établissements est un facteur de démobilisation important qui, selon le personnel, joue à plusieurs niveaux (perte de proximité avec ses supérieurs, affaiblissement des modes de communication, effritement de l'autonomie professionnelle, transformation du mode de gestion davantage *top-Down*). En effet tous les CSSS composent avec un personnel qui perçoit encore peu de changements positifs à la fusion, qui déplore une hiérarchisation et une bureaucratisation accrues, "trop de marches à l'escalier" et peu d'effets sur le travail d'équipe et sur l'amélioration des services. (Idem : 45)

Conséquence de l'application de la Loi 30, le rapport note que « L'impression générale [...] va plutôt dans le sens d'un affaiblissement de la force syndicale et d'un nivellement par le bas de l'ensemble des conditions de travail » (Idem : 53). On retient comme enjeu organisationnel le « climat de travail et l'adhésion au projet clinique et organisationnel » (Idem : XI).

En fait les projets cliniques sont portés par les directions concernées, autant au niveau du processus d'élaboration que de la mise en œuvre. La volonté ou l'absence de volonté d'en faire un outil de mobilisation des partenaires et du personnel est un facteur déterminant dans le choix des formules adoptées. Tout indique que les directions ont à cet égard un rôle déterminant. Des démarches qui s'étaient avérées peu participatives et donc peu mobilisatrices, intéressent les partenaires quand un changement à la direction entraîne un déplacement des priorités. Certains comités de suivi de projet clinique sont actuellement des lieux d'échanges efficaces avec les partenaires. À l'interne toutefois, à tout le moins au moment de notre enquête, le projet clinique semble connaître le sort de la majorité des démarches de planification qui demeurent l'affaire des gestionnaires tandis que dans l'action au quotidien les intervenantes et intervenants s'approprient relativement peu leurs résultats. Les projets cliniques souffrent d'un problème courant dans les démarches de planification stratégique qui demeurent abstraites pour la majorité des acteurs qu'elles concernent tout en étant portées par ceux et celles qui détiennent le pouvoir de les mettre en œuvre ou non. Les gestionnaires que nous avons rencontrés dans nos entrevues sont effectivement porteurs des changements amorcés ou souhaités alors que les intervenants qui n'ont pas participé aux choix stratégiques les vivent comme un changement qui n'est pas relié aux exigences de leur pratique actuelle. Quant au leadership institutionnel et aux communications internes, le rapport d'évaluation confirme un constat d'échec :

Dans la plupart des sites, plusieurs moyens ont été exploités (reconnaissance, communication, transparence, consultations) pour désamorcer les craintes et les irritants vécus par le personnel. Mais force est de constater que les diverses stratégies manquent de continuité ou ne rejoignent pas le personnel puisque le climat organisationnel ne s'est guère amélioré depuis la fusion. (MSSS, 2010 : 45)

Alors que les directions ont réussi un rapprochement avec les partenaires à l'externe, « le manque de consultation et/ou la rapidité avec laquelle sont prises les décisions constituent des irritants majeurs pour le personnel qui se sent floué » (Idem : 46).

En termes de changements dans l'organisation des services

Le caractère gestionnaire des projets cliniques est relié selon les cadres à la systématisation des processus et à la forte centralisation des services aux personnes en PALV. Ils gèrent des processus complexes de changement pour installer l'interdisciplinarité et la gestion de cas, conscients que ces choix favorisant la continuité des services entraînent une perte de proximité avec les personnes âgées. Ce sont les intervenantes sociales qui sont le plus sensibles à cette perte parce qu'elle touche une dimension de leurs pratiques que les plus expérimentées considèrent comme la plus motivante. Il semble établi pour tout le personnel des CSSS que ces changements ont commencé avant la création des CSSS. Les partenaires du communautaire identifient ces processus à des directives du ministère dont les CSSS ne sont que les gérants. Par contre, comme le souligne le rapport du MSSS, « on apprécie les démarches de consultation » (Id : 46) et « de manière générale, les partenaires sont satisfaits des modes de communication et de l'information véhiculée par le CSSS » (Id : 60). En fait, « la structure de concertation s'est intensifiée avec les partenaires, particulièrement dans la foulée des travaux sur le projet clinique » (Id : IX) même s'il est difficile de faire durer « une collaboration soutenue » avec les partenaires (Id : 92).

La mise en place des réseaux locaux de services (RLS) était peu avancée au moment de notre cueillette de données. À Montréal elle suscitait dans le milieu communautaire une ambivalence. D'une part, les groupes apprécient d'être associés à l'offre de services du CSSS et veulent faire valoir la spécificité de leur contribution. Ils estiment que les transformations ont davantage d'impact à l'interne des CSSS et que le manque de nouvelles ressources budgétaires réduit la possibilité d'innovation dans les démarches partenariales. D'autre part, ils sont inquiets de la volonté d'harmoniser les services sur des territoires fusionnés, du manque de compréhension des nouveaux représentants que les CSSS délèguent aux instances de concertation, et ils ont des appréhensions à l'égard des ententes de services, même si la plupart de nos interlocuteurs affirment n'avoir observé encore aucun changement à cet égard. Au Saguenay, on note aussi une tension entre la logique bénévole et celle des services mais ce sont les cadres de CSSS qui se sont montrés les plus

inquiets de la chose. Dans tous les CSSS, on souligne les gains de continuité des services, notamment entre les établissements regroupés.

À Montréal, la création de ressources intermédiaires, tout comme le recours aux agences, ne jouit pas d'une bonne réputation, ni au niveau du personnel des CSSS, gestionnaires et intervenants confondus, ni au niveau des partenaires communautaires. Au Saguenay, ce sont les résidences privées pour personnes âgées qui suscitent une évaluation semblable. Ces éléments de privatisations sont considérés comme une réduction de la qualité des services puisqu'on s'explique mal comment des entrepreneurs privés, soumis aux mêmes normes, peuvent se tirer d'affaire à des coûts moindres que les établissements publics tout en maintenant la qualité des services.

4.5 Au niveau de l'atteinte des objectifs de la création des CSSS et des perspectives d'avenir

Il y a un accord général avec les visées de la création des CSSS quant à l'accessibilité, la continuité et la qualité des services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Mais on estime de façon générale que le processus en est encore à sa phase initiale et que la réalisation de ces objectifs demeure de l'ordre des souhaits. Ce ne sont toutefois pas des vœux pieux puisque sur les territoires regroupés il y a une harmonisation des services de nature à favoriser l'accessibilité et à améliorer l'équité. De même sur tous les territoires on parle d'une amélioration de la continuité des services entre les sites de services que l'on espère voir s'étendre à l'ensemble des réseaux locaux au moment où les services seront plus intégrés. Les mécanismes favorables à l'amélioration sont les mêmes dans les deux régions : guichet d'accès unique, standardisation des pratiques institutionnelles et accompagnement par des intervenants assurant la liaison entre les services.

En revanche, les CSSS et les réseaux locaux n'ont pas atteint le stade de la fluidité recherchée, d'une part parce qu'il y a un alourdissement de la gestion, notamment du fait de la grande centralisation et des contrôles qui en découlent, mais aussi, d'autre part, parce que les ressources ne sont pas au rendez-vous. Alors que les défis sont du côté de la prévention et du maintien dans le milieu naturel, donc en amont des services intra institutionnels, le constat unanime c'est que les ressources sont allouées à la mission hospitalière, en aval des besoins. Le choix de faire une réforme à coûts nuls ne permet pas d'améliorer la réponse aux besoins en milieu naturel. C'est ce qui grève le plus lourdement la concrétisation de la visée d'une amélioration de la qualité des services à la population en PALV.

L'inquiétude à l'égard des conséquences du vieillissement de la population sur les services est générale, mais ne conduit pas à une même évaluation des moyens d'y répondre. À Montréal on s'inquiète du manque des ressources que l'on risque de connaître aussi bien dans le milieu communautaire que dans les ressources d'hébergement. Les ressources

intermédiaires qui ne sont pas encore là, inquiètent du fait que jusqu'à présent les solutions de privatisation ne donnent pas les résultats attendus. Au Saguenay, on considère que les ressources communautaires constituent l'alternative à un réseau au bout de ses moyens. On souhaite en conséquence que le financement se fasse davantage vers le maintien dans le milieu.

À Montréal, les partenaires communautaires sont en alerte et se refusent à des rapports où ils exécuteraient les commandes d'un réseau débordé. Quant aux gestionnaires des CSSS, ils ne souhaitent pas modifier les rapports actuels de partenariat en assumant des responsabilités d'allocation de fonds. Au Saguenay, on considère que les organismes communautaires deviennent des incontournables, comme le montre bien le fait qu'on les ait invités aux démarches d'élaboration des projets cliniques. Les huit partenaires communautaires intervenant auprès des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement que nous avons rencontrés dans le cadre de notre recherche au Saguenay, sont disposés à définir leur mission en termes de services et réclament un financement à l'avenant. Ce sont les gestionnaires des CSSS qui se questionnent sur l'ouverture à la nécessaire reddition de comptes qui en découle. Certains y voient même un risque de rapports de compétition pour un même financement. À Montréal, le discours des partenaires communautaires est sans ambiguïté quant au refus du financement par activité aux dépens du financement à la mission globale qui constitue un acquis de la reconnaissance de l'autonomie des organismes communautaires.

Au niveau des pratiques psychosociales, les lectures diffèrent aussi selon les régions. À Montréal, le passage à la gestion de cas avec ce que cela implique en termes de bureaucratie, est un progrès du point de vue des gestionnaires, mais inquiète les intervenants sociaux qui ont le sentiment de perdre en proximité ce qu'ils doivent supporter en paperasseries. Au Saguenay, c'est cet élément de paperasserie qu'on espère régler puisque tous trouvent leur compte dans le passage à la gestion de cas : reconnaissance pour la pratique du travail social, ouverture aux partenaires de la communauté et relativement peu de changement réel dans les pratiques.

On peut constater un écart semblable au niveau de l'organisation communautaire. Alors qu'à Montréal, tout en reconnaissant l'importance de la pratique pour la liaison avec le milieu, on exprime des inquiétudes quant aux rapports avec les partenaires communautaires et avec la direction des CSSS, au Saguenay, on estime qu'il suffit de consolider les collaborations actuelles. On souhaite même un changement de pratique pour travailler moins avec les organismes et davantage avec les individus, notamment en défense de droits, et avec les ressources privées où se retrouvent nombre de personnes âgées.

CHAPITRE 5

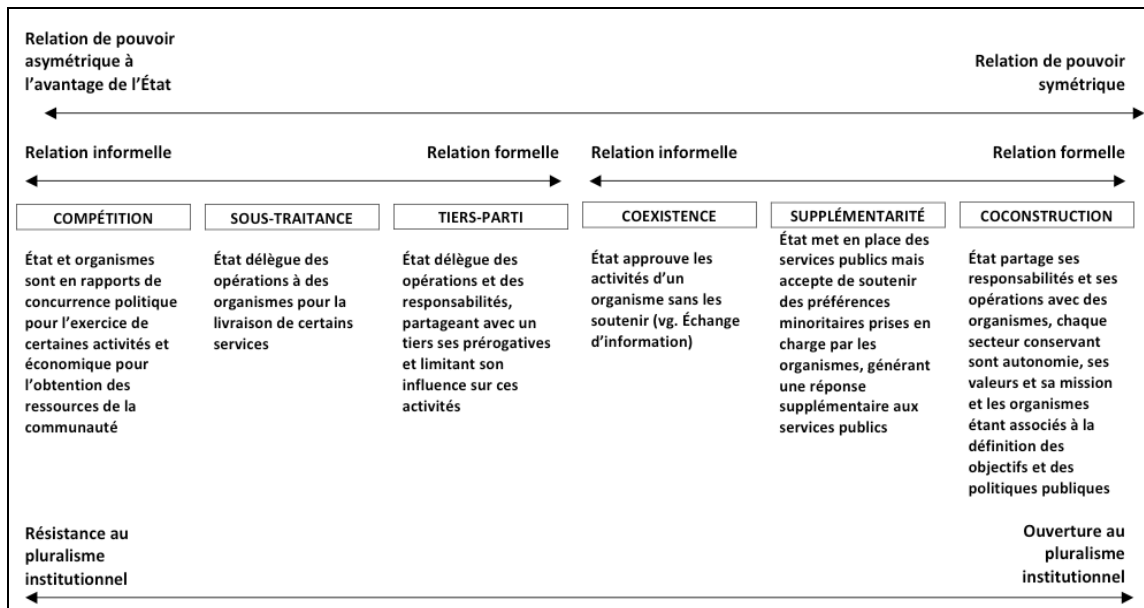
DISCUSSION

L'analyse des quatre expériences de création de CSSS nous amène à des questionnements que nous avons choisi d'organiser autour de trois concepts susceptibles d'apporter un éclairage complémentaire à nos constatations. Nous voulons d'abord vérifier comment la grille développée à partir de Coston sur les rapports de partenariat (Proulx, Bourque et Savard, 2007) peut donner une dimension nouvelle à nos observations sur les partenariats public-communautaire. Nous examinons ensuite la question de la nouvelle gestion publique (NGP) comme stratégie déterminante dans la mise en place des CSSS. Enfin nous esquissons un questionnement sur la gestion du changement telle qu'elle ressort de notre cueillette de données.

5.1 Les rapports entre l'État et les partenaires communautaires

À l'égard des partenariats public-communautaire, l'ensemble des entrevues est traversé par une double perception de continuité de rapports jugés satisfaisants, d'une part, et, d'autre part, d'inquiétude face à un alourdissement administratif généralement perçu comme un frein. Cet aspect de bureaucratisation sera traité dans la section sur la NGP de façon à nous concentrer d'abord sur une caractérisation à partir de la typologie de Proulx et al. (2007) des partenariats que nous avons observés, synthétisée dans le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 – Typologie des partenariats (Proulx, Bourque et Savard, 2007)



Dans la région de Montréal, les réseaux locaux de services (RLS) étant encore à un stade embryonnaire au moment de notre cueillette de données, les situations de partenariat dans les services sont décrites comme une continuité de ce qui se faisait déjà. Il s'agit de relations qui s'inscrivent dans des rapports de pouvoir perçus comme relativement symétriques. Le milieu communautaire exprime cependant des craintes de déplacement vers des rapports plus asymétriques de sous-traitance dans le cadre d'ententes de services. Par contre les cadres de CSSS ne semblent guère enclins à aller dans cette direction. Ce qui est certain, c'est que la différence de taille organisationnelle entre les institutions que sont les CSSS et leurs partenaires communautaires risque de jouer sur la pérennité des rapports de confiance réciproque. La persistance de rapports symétriques va exiger de grands efforts de respect mutuel. La continuité expérimentée au moment de notre enquête dans la majorité des situations repose moins sur les structures que sur les rapports directs entre les intervenants et entre les gestionnaires. L'épreuve du temps permettra de confirmer ou non les craintes et les espoirs des uns et des autres.

Au Saguenay, ce sont des gestionnaires de CSSS qui s'inquiètent d'une inféodation des organismes communautaires et de l'économie sociale dans le cadre de multiples ententes de service qui existent depuis plusieurs années, tandis que les organismes concernés se montrent plutôt satisfaits de se retrouver autour de la table des RLS avec un statut de producteurs de services. Il semble que ce statut soit considéré positivement par les représentants d'organismes communautaires intervenant avec les personnes en PALV. Il faudrait sans doute une étude spécifique des ententes de services pour mesurer si ce statut tend vers la sous-traitance ou la complémentarité. La préoccupation principale de ces

organismes communautaires est de démontrer leur utilité et une complémentarité efficace avec le CSSS dans le cadre des RLS et celle des gestionnaires, que ces partenariats ne tournent pas en sous-traitance ou à une coexistence qui ouvrirait la porte à la compétition pour des ressources budgétaires toujours trop rares.

Au niveau du développement des communautés

L'instauration de rapports de co-construction dans la région de Montréal est par ailleurs un trait distinctif sur le terrain du développement social et du développement des communautés. La mise en place d'un réseau local de services en santé publique ou l'inscription du CSSS dans les tables de quartier sont des occasions pour les directions de CSSS de se définir comme des partenaires ouverts au pluralisme institutionnel et favorables à des rapports de pouvoir plutôt symétriques en regard d'enjeux qui débordent la capacité de chaque acteur ou de chaque institution sectorielle. La position d'acteur de poids des CSSS suscite des attentes de la part des partenaires et une volonté des directions de CSSS d'avoir des contributions significatives à ces instances.

Sur ce terrain, les organismes communautaires partenaires ont avec les directions de CSSS des rapports directs plus symétriques que ceux des OC. Cette situation affecte les possibilités pour ceux-ci de soutenir de tels partenariats à la mesure de leur expertise. Alors que le leadership des OC en développement des communautés et sur les enjeux transversaux reliés aux déterminants sociaux de la santé s'inscrivait souvent dans des rapports de proximité avec les organismes communautaires, l'arrivée des gestionnaires de CSSS dans les instances de concertation modifie les modalités d'alliance avec les grands acteurs institutionnels. Tant que les CSSS et les organismes communautaires y trouvent leur compte, les OC sont les seuls à vivre ces nouveaux rapports comme une perte. Le renforcement de leurs possibilités de contribution passe par un meilleur arrimage et l'établissement de meilleurs canaux de communication à l'interne avec les directions. La création d'équipes d'OC, le développement de cadres de référence en organisation communautaire, le choix de désigner des coordinations professionnelles et surtout l'élaboration de planifications stratégiques en organisation communautaire sont des occasions favorables. L'alourdissement administratif risque par ailleurs de jouer en sens inverse, le poids de la nouvelle gestion publique pointant vers des rapports plus asymétriques et davantage basés sur la délégation des opérations dans le cadre d'ententes de services et l'instrumentalisation des ressources dans la mise en œuvre, selon une logique descendante, d'objectifs prédéterminés.

5.2 Nouvelle gestion publique et transformation des services sociaux et de santé

La nouvelle gestion publique (NGP) désigne le discours gestionnaire développé dans le cadre du postulat que « les États-providences doivent être profondément réformés » (Merrien, 1999 : 95) porté par les gouvernements inspirés du néolibéralisme qui sont arrivés au pouvoir durant les années 1980. Dans la perspective de restreindre le rôle de

l'État, tout en se démarquant des « politiques “dures” de privatisation » (Id : 96), les propositions de la NGP prétendent améliorer la gestion publique en y introduisant les façons de faire du secteur privé reposant sur la compétition et la sanction par le marché pour identifier les bonnes pratiques. Ce qui donne un discours qui valorise « la rationalisation des choix budgétaires, la gestion par objectifs, le budget base zéro, la planification stratégique, la qualité totale, la réingénierie des processus, le benchmarking, les pratiques exemplaires, les pratiques basées sur les données probantes, la gestion axée sur les résultats, les règles de saine gouvernance » (Dupuis et Farinas, 2009 : 4). Ce discours s'est trouvé légitimé par la conjoncture de crise des finances publiques provoquée par le choc de la financiarisation d'une économie en phase accélérée de mondialisation (Lesemann, 1988; Gélinas, 2008). L'explosion de la dette publique des États dont les budgets ont été soumis à des taux d'intérêt élevés, a compromis leur capacité d'assumer le volet social des politiques de régulation développées selon le modèle keynesien. Dans les pays du Sud, les grandes institutions financières internationales (FMI et Banque mondiale) imposent des ajustements structurels qui obligent les États à réduire leur endettement en se désengageant des services de santé et d'éducation et en privatisant les productions de rente qui en assuraient le financement. Dans les pays du Nord, les systèmes de santé et d'éducation sont évalués comme de simples dépenses grevant les ressources de l'État et les propositions se multiplient pour les intégrer aux activités du marché soit en les privatisant soit en les soumettant à des évaluations reposant sur les principes de la satisfaction des consommateurs. Les grandes missions redistributives de l'État social passent au second rang et les responsabilités collectives sont réduites à de pures dépenses inscrites aux comptes publics.

Les citoyens ne sont plus protégés par des systèmes de solidarité sociale lorsqu'ils utilisent des services publics, ils sont assimilés à des consommateurs à satisfaire, des clients (Merrien, 1999 : 99) dont les besoins sont de plus en plus définis par les producteurs privés de services de santé et de technologies médicales (médecins, compagnies pharmaceutiques, etc.). Au nom de l'impératif de produire plus avec moins de ressources pour satisfaire sa clientèle, l'État est mis en demeure de laisser davantage sinon toute la place au marché comme régulateur des services, le bien commun à sauvegarder se réduisant à l'efficacité des services et à la satisfaction des usagers-clients. Dans le secteur de la santé, cette approche a pour effet de maximiser la demande de services médico-hospitaliers aux dépens de la promotion de la santé et de la prévention agissant sur les déterminants sociaux de la santé.

La subordination de l'État aux règles marchandes repose sur le postulat que « les États-providences [génèrent des] effets pervers : extension démesurée et dépourvue d'évaluation des prestations sociales et désincitation au travail » (Merrien, 1999 : 95-96). Elle a pour effets concrets d'accorder « une importance majeure aux résultats » (Idem : 96) et de favoriser la décentralisation de la gestion des services « tout en renforçant le contrôle sur

les résultats et sur le budget » (Idem : 97). Au niveau de la santé publique, ces enjeux gestionnaires entraînent la valorisation des données probantes et des meilleures pratiques comme moyens d'affirmer l'efficacité et l'importance des programmes. Sur le terrain de résultats probants, les pratiques évaluables seulement sur une longue période sont forcément désavantagées. C'est le cas des interventions de prévention – promotion pourtant valorisées par une série de conférences de l'Organisation mondiale de la santé (Alma Ata en 1978, Ottawa en 1986 et Bangkok en 2006).

La NGP relève en fait d'une conception « hiérarchiste » de la gestion qui « n'est relativement efficace que pour les tâches simples qu'une personne seule peut comprendre et superviser » (Dupuis et Farinas, 2009 : 5). Ces auteurs estiment que les fusions ayant conduit à la création des CSSS, les « ententes quasi contractuelles de gestion et d'imputabilité » de même que le pilotage « à distance à l'aide d'indicateurs mesurables et de cibles chiffrées » constituent des formes nettes d'application de la NGP aux services publics (Idem : 7). Ils estiment que « La pression sur les établissements de santé et de services sociaux en direction de l'organisation hiérarchique et mécaniste les éloigne toujours plus des modèles d'organisation professionnelle et collégiale plus appropriés pour assurer leur bon fonctionnement » (Idem : 8), ajoutant qu'« aucune étude empirique ne vient étayer les présupposés managérialistes » alors que « les coûts, les dangers et les difficultés des fusions sont par contre bien réels et bien documentés » (Idem : 11). Cette évaluation sévère rejoint celle de Giaque et Caron (2004) qui affirment que « lors de la définition et de la mise en œuvre des stratégies des réformes administratives, en Suisse et au Canada, les contraintes externes ont toujours pesé plus lourdement que les contraintes internes » (Giaque et Caron, 2004 : 229), autrement dit ce sont les impératifs budgétaires qui sont pris en compte et non la « dimension humaine des transformations » (Idem : 230) et leur portée professionnelle.

Les « choix politiques douloureux » du gouvernement Chrétien à compter de 1993 (Idem : 231) pour rétablir l'équilibre budgétaire à Ottawa ont affecté les transferts aux provinces au titre des dépenses de santé. Les mesures retenues par le ministre des Finances Paul Martin ont eu sur l'État québécois des répercussions importantes affectant sa capacité de financer les services de santé. Le virage ambulatoire préconisé par le ministre Rochon à compter de 1995 comme avenue pour réorganiser les soins en fonction du maintien en milieu naturel est mis en œuvre sans que les ressources financières requises ne soient disponibles. Les réductions d'effectifs, retenues comme mécanisme pour atteindre le déficit zéro lors du Sommet sur l'économie et l'emploi de 1996, affectent non seulement la capacité d'offrir des services, mais aussi le moral des troupes. Plusieurs départs sont vécus comme une occasion de quitter un réseau de moins en moins gratifiant et chez ceux qui restent, les pressions à une plus grande productivité suscitent davantage de résistances et de démobilisation que d'engagement. C'est sur ce fond de recul des services publics que s'inscrit l'adoption en décembre 2003 de la Loi sur les agences de développement des

réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (Projet de Loi 25) qui a créé les CSSS.

La création des CSSS : une forme de NGP

Larivière (2005 : 5) considère que l'introduction de la NGP remonte à la réforme Côté de 1991 qui a réduit « par étapes forcées ou volontaires, le nombre d'établissements (...) de 950 à moins de 500 ». Poursuivie par le gouvernement du Parti Québécois dans la loi sur la gouverne de 1998 « conférant davantage de souplesse dans l'administration » de la LSSS (projet de loi 404), cette politique s'est accélérée considérablement lors de l'adoption de « la Loi 25 (2003) qui ramènera à près de 200 le nombre d'établissements autonomes » (Larivière, 2005 : 5). Dans ce contexte, la responsabilité populationnelle dévolue aux CSSS relève d'un modèle « à la fois simple à saisir et complexe à mettre en place » (Idem : 6). Elle suppose en effet de renforcer la concertation territoriale en créant à l'interne des établissements « une culture organisationnelle » et en assurant à l'externe un « leadership rassembleur » pour concrétiser les réseaux locaux de services intégrés (Idem : 6). De fait le modèle est simple, c'est celui des CLSC dont la culture organisationnelle reposait sur la multidisciplinarité et l'approche communautaire (Poupart et al., 1986), des modes d'organisation du travail qui n'ont pas cours dans les hôpitaux et qui reposent nécessairement sur la participation et la mobilisation du personnel et du milieu. Or la Loi 25 et les choix ministériels qui ont suivi, avec leurs effets d'alourdissement des structures et de redditions de comptes plus serrées ont justement pour effet de rendre problématique la mobilisation des ressources humaines des CSSS.

La mobilisation du milieu a aussi été compromise par la perception des organismes communautaires du caractère autoritaire et menaçant de la réforme. On craint la généralisation des ententes de services et l'introduction de rapports hiérarchiques avec les CSSS. Bon nombre d'organismes communautaires recherchent le statu quo dans leurs rapports avec les CSSS, idéalisant les rapports existants préalablement avec les CLSC. Ces rapports avec les CLSC apparaissent aujourd'hui comme une référence alors que les recherches menées à l'époque faisaient largement état de leurs lacunes (René et Gervais, 2001). Cette perception semble favoriser une position de repli sur le statu quo, bloquant un nécessaire processus de redéfinition des rapports public - communautaire sur la base d'une nouvelle gouvernance partagée au plan local des services collectifs en santé et services sociaux mieux adaptés aux besoins et aspirations des communautés (Lévesque, 2007).

Dans les deux régions où nous avons mené la recherche, la création des CSSS sur des territoires regroupant plus d'un territoire de CLSC, le rythme des changements, les mouvements de personnel au niveau de l'encadrement et la mise en place de doubles processus de contrôle aux paliers régional et national ont souvent été identifiés comme des facteurs qui font contrepoids à la dévolution de responsabilités à l'échelon local. Nos interlocuteurs ont généralement salué les perspectives d'ajustement des services aux réalités

locales dont la mission est confiée aux CSSS, mais déploré cet alourdissement bureaucratique imposé par les nouvelles structures.

Les effets de la NGP sur les programmes en PALV

Au niveau des services aux personnes en PALV, l'effet de la NGP se manifeste clairement dans le déplacement vers une logique de gestion. Cela s'exprime dans les écarts de perception entre les gestionnaires et les intervenantes et intervenants aussi bien dans la définition du terme clinique (gestion de cas vs soutien psychosocial) que dans la signification accordée au projet clinique (outil de continuité des services vs une planification administrative). Les outils permettant d'établir des mesures d'efficience comme l'OEMC et ISO-SMAF sont perçus par les premiers comme une occasion d'atteindre les objectifs affichés de la réforme (accessibilité, continuité et qualité des services) et par les seconds comme une charge bureaucratique grevant le temps de disponibilité aux personnes en PALV.

Il est par contre intéressant de constater que la gestion de cas, au-delà de son caractère gestionnaire, est considérée par certains intervenants comme une marque de confiance dans la mesure où elle les associe à la définition de la réponse aux besoins des personnes dont elles ont la charge. En ce sens, certains principes de la NGP relatifs à la responsabilité populationnelle et professionnelle constituent la face positive de la réforme. La question qui se dégage au moment où nous avons réalisé notre recherche, est de savoir si la mise en œuvre de cette responsabilité à l'égard d'une population locale franchira l'écueil de la bureaucratisation ou bien si la volonté de contrôle d'interventions de plus en plus standardisées va réduire les marges de manœuvre des intervenants sociaux et des OC.

La NGP et les partenariats

Une situation similaire s'observe au niveau des rapports de partenariat. D'une part ils ont peu bougé en termes de services effectivement rendus aux personnes en PALV. Il semble bien que les organismes communautaires aient réussi, à la satisfaction de nos interlocuteurs du communautaire et de l'économie sociale, à préserver les acquis antérieurs à la création des CSSS : l'autonomie à Montréal et la complémentarité au Saguenay. Mais du même souffle nous avons partout entendu l'expression d'appréhensions du fait de l'alourdissement des cadres administratifs et du choc de cultures entre le communautaire et l'hôpital dont le poids est déterminant. En fait, ce qui est déploré dans l'approche institutionnelle de l'intégration en réseau local des services, c'est la standardisation et la logique du financement par projet plutôt qu'en soutien à la mission globale, qui heurtent la volonté des acteurs communautaires de proximité et d'ajustement au milieu.

L'ambiguïté des principes de la NGP se manifeste donc aussi à l'égard des partenariats avec autant d'acuité que dans la gestion des pratiques professionnelles à l'interne des établissements. Qualifiée de « pensée mythique » par Visscher et Varone (2004), la NGP

semble faire de nouveau la preuve que « le décalage entre les promesses et les résultats est une constante dans l'histoire des réformes administratives » (Visscher et Varone, 2004 : 181).

5.3 La gestion du changement dans les nouveaux CSSS

La création des CSSS a provoqué beaucoup de bouleversements et les changements générés n'étaient pas mineurs. Dans la majorité des cas, la mise en place des CSSS a été réalisée à partir de la fusion d'organisations qui avaient des missions très différentes et fonctionnaient selon une culture organisationnelle qui leur était unique. Une telle opération appelait une stratégie de gestion adaptée et pertinente, car les obstacles s'avèrent inévitablement nombreux et sérieux. Nous proposons donc un regard évaluatif sur les stratégies employées par les administrations des 4 CSSS étudiés pour mener à bien le processus de fusion des établissements.

Cette question ne faisait pas partie des aspects que nous envisagions étudier lors de l'élaboration du projet de recherche. La thématique s'est plutôt imposée d'elle-même au moment de l'analyse des résultats obtenus par le biais des entrevues réalisées avec les différents acteurs impliqués dans l'élaboration des projets cliniques dans le programme PALV. Il nous est en effet rapidement apparu que plusieurs intervenants ne se sentent pas engagés dans la création des CSSS et l'élaboration des projets cliniques. Pourtant, ces deux actions avaient pour objectifs de créer un réseau intégré de services dans lequel les différents acteurs voient leur rôle et leur mandat structuré dans un continuum de services assurant leur continuité et une qualité de réponse aux besoins. Comme la question n'était pas comprise dans le devis initial et que nos outils de collecte de données n'ont pas été conçus de façon à produire de l'information sur ce sujet, notre analyse ne pourra donc être exhaustive. Il faut considérer cette section comme des pistes de réflexions dégagées à partir de données secondaires.

Notre analyse du processus de fusion des établissements et de réalisation des projets cliniques s'appuie sur une recension des écrits réalisée par Richard *et al.* (2005) qui fait ressortir le peu d'écrits sur les retombées des fusions d'établissements au Québec et au Canada, ce qui nous amène à nous rabattre sur la littérature américaine et britannique pour étayer notre compréhension du phénomène. Évidemment, les contextes et réalités de ces deux pays sont forts différents de ceux du Québec, ce qui nous oblige à la prudence dans la transposition des apprentissages que l'on en retire, mais elle permet tout de même de faire ressortir des éléments qui peuvent alimenter la réflexion. Trois ensembles de facteurs se dégagent de cette recension quant à la gestion du changement :

- Le temps accordé au processus de fusion est déterminant pour susciter l'adhésion des acteurs;
- Le caractère volontaire de la décision est un facteur favorable;

- Le leadership, la communication et l'engagement des acteurs sont déterminants pour la réussite.

Le facteur temps

Un des premiers facteurs identifiés dans la recension des écrits comme pouvant avoir un effet sur le succès d'une fusion est le temps accordé pour procéder à la fusion. Certains auteurs (Bojke, Gravelle & Wilkin, 2001; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002) mentionnent qu'il faut accorder le temps nécessaire à la réalisation de la fusion, évitant ainsi de brusquer inutilement le personnel et de générer un stress rendant toute l'organisation dysfonctionnelle. Ce n'est manifestement pas la stratégie retenue par le gouvernement québécois pour la création des CSSS. Le projet de Loi 25 a été adopté déposé en novembre, adopté et sanctionné en décembre 2003 et mis en application en juillet 2004. Trois CSSS sur les quatre étudiés sont le résultat de ce processus accéléré. Le quatrième, situé à Saguenay, a été créé en donnant le statut de CSSS à un regroupement volontaire d'établissements réalisé depuis janvier 1998. Au moment de notre recherche, les acteurs du RLS avaient eu le temps de travailler assez longtemps ensemble pour que s'installe un sentiment d'appartenance. Cette différence se reflète dans les constats qui se dégagent des entrevues. Les deux CSSS où se sont exprimées davantage de réticences au changement (2 et 4) font partie des établissements créés dans un court laps de temps alors que les informateurs du CSSS créé il y a dix ans expriment peu de résistance aux nouvelles orientations. Mais la rapidité du processus n'explique pas tout.

Le caractère volontaire de la fusion

L'efficacité d'un processus de changement repose sur des règles relativement simples (Richard *et al*, 2005) : les acteurs concernés doivent comprendre la logique du changement, avoir le sentiment qu'il ne compromet pas leurs valeurs essentielles, et considérer que leur point de vue est pris en compte dans le choix des objectifs stratégiques. Ces conditions ont d'autant plus de chance d'être réunies que les acteurs concernés sont associés à leur définition autant qu'à leur mise en œuvre. Cela nous amène à questionner les mécanismes qui ont présidé à la création des CSSS.

Un seul des 4 CSSS étudiés a été fusionné suite à un choix réfléchi et partagé des établissements concernés, y compris un hôpital de petite dimension soit moins de 50 lits. Dans les trois autres cas, la fusion fut imposée. La fusion a été vécue beaucoup plus positivement dans le cas du CSSS dans lequel l'intégration s'est faite volontairement, ce qui ne constitue pas une surprise car il est facile de concevoir qu'un changement imposé est plus difficile à accepter qu'un changement voulu ou désiré. Au terme de quatre ans de réflexion collective pour définir le projet, les acteurs et les personnels concernés avaient eu le temps de s'approprier et de s'approprier le projet à travers les consultations et les discussions. Un comité formé de représentant des différents établissements concernés a investi beaucoup d'énergies pour consulter autant les employés que les partenaires de la

communauté sur un plan d'organisation des soins préparé par la directrice générale du nouvel établissement. Les différents acteurs consultés pouvaient compléter une grille de consultation et participer à des audiences afin de communiquer leurs perceptions des besoins et des mesures à mettre en place d'un système de soin optimal. Il est intéressant de noter à cet égard que c'est dans ce CSSS que les intervenants rencontrés semblent avoir la meilleure connaissance du projet clinique élaboré pour orienter l'offre de services PALV alors que dans les autres CSSS, plusieurs ne connaissaient même pas son existence.

Le leadership, la communication et l'engagement des acteurs

La recension des écrits rédigée par Richard *et al.* (2005) identifie le leadership, la communication et l'engagement du personnel comme facteurs de la réussite d'un processus de fusion d'établissements. Cohen, Dowling et Gallagher (2001) ont observé qu'il est profitable de confier à une organisation centrale l'autorité pour prendre les décisions et guider les différentes actions à entreprendre. Cette instance décisionnelle centralisée doit valoriser et activer une participation importante et constante de l'ensemble des employés pour établir des valeurs et une vision partagées, pour minimiser les conflits internes et maintenir le moral du personnel (Bojke *et al.*, 2001; Shih-jen *et al.*, 1999) et pour favoriser la communication constante entre les multiples niveaux des établissements fusionnés (Cohen *et al.*, 2001). En somme, il faut allier une gestion efficace à de bonnes communications pour que la définition du projet suscite l'adhésion des acteurs essentiels à sa mise en œuvre.

Les agences de la santé et des services sociaux, conformément à leur mandat, ont agi avec autorité dans la définition des RLS et ont fourni informations et procédés pour la définition des projets cliniques. Ont-elles pour autant exercé un leadership inspirant pour la création des CSSS? Les directions locales ont toutes établi une structure d'autorité (comité d'orientation) et de gouverne (comité de pilotage) pour l'élaboration du projet clinique. Cependant ni les agences, ni les directions ne semblent avoir rejoint suffisamment le personnel des CSSS dont l'engagement demeure faible d'après ce que nous avons appris en entrevue. Dans la majorité des cas, la communication ascendante des employés vers la direction et descendante de la direction vers les employés a été déficiente. Des informations importantes en lien avec le processus de fusion (dont font partie l'élaboration et l'implantation des projets cliniques) n'ont circulé, souvent pour des raisons pratiques, que dans les réseaux de direction et auprès de quelques employés associés aux comités de travail sectoriels. Il faut ajouter que les cadres qui inspirent la confiance de leur équipe pouvaient faire la différence pour la suite des choses. Quelques indices en ce sens se dégagent de nos entrevues, mais il faut du même souffle ajouter qu'ils disposent de bien faibles ressources pour répondre aux défis de la nouvelle structure.

Certaines directions ont cependant réussi à rejoindre de façon plus satisfaisante les partenaires dans le cadre de démarches de consultation et de concertation. C'est le cas

notamment des CSSS 1 et 3 qui ont profité de l'élaboration du projet clinique pour mieux positionner leur établissement dans le milieu. Les organismes communautaires qui ont été associés à ces démarches ont apprécié l'expérience et certains se sont même astreints à agir comme représentants de leur secteur en informant et consultant leur regroupement.

C'est du côté du leadership de l'État en termes de soutien aux directions dans leurs efforts de création de réseaux locaux de services que des lacunes majeures ont été constatées. La lacune la plus importante de la part du MSSS a été d'inscrire dans le projet de loi 83 l'obligation pour les CSSS d'élaborer des projets cliniques ayant pour but d'identifier les priorités d'intervention pour le réseau local de services autour de 9 programmes services⁷ sans y investir d'argent neuf permettant aux partenaires de se mobiliser autour de la réponse à apporter à des besoins collectivement ciblés. Sans argent neuf, les résultats que l'on pouvait espérer d'une telle démarche ne pouvaient qu'être modestes et peu mobilisant. Dans un contexte où les administrations se font imposer des cibles de gestion quantifiées inscrites dans des ententes de gestion qui déterminent le niveau de financement que chaque programme service va obtenir de l'Agence régionale pour financer ses services, il est inévitable que les gestionnaires vont investir prioritairement leurs ressources dans l'atteinte des cibles prévues dans l'entente de gestion pour lesquels ils sont directement imputables plutôt que dans les priorités et initiatives locales issues de l'élaboration d'un projet clinique ayant aucune incidence directe sur leur niveau de financement. En effet, demander à des gestionnaires de mobiliser leur personnel et leurs partenaires du milieu autour de l'identification de priorités d'intervention alors que ces derniers savent pertinemment qu'ils n'auront pas les ressources financières pour mettre sur pied des actions permettant de les atteindre n'est pas réaliste. Les projets cliniques étaient un élément central de la réforme, celui qui allait cimenter le réseau local de services, l'absence de financement associé à son implantation est donc en grande partie à la source de l'absence d'effets tangibles de la création des CSSS sur les liens avec les partenaires du milieu, particulièrement les organismes communautaires⁸.

Le rapport d'évaluation du MSSS (2010) fait notamment état des contraintes ministérielles dont se plaignent les CSSS. S'ils apprécient « le bien fondé de ces documents » que leur fournit le MSSS, ils estiment que « les nombreuses actions qui doivent en découler et les résultats attendus interfèrent dans la planification stratégique des établissements » et considèrent que « le soutien financier du Ministère est [...] insuffisant pour répondre aux multiples "commandes" auxquels il faut répondre dans des délais jugés trop courts » (Id :

⁷ Les 9 programmes comprennent deux programmes destinés à la population en général (santé publique et services généraux) ainsi que sept programmes répondant à des problématiques particulières (Perte d'autonomie liée au vieillissement, Déficience physique, Déficience intellectuelle et Trouble envahissant du développement, Jeunes en difficulté, Dépendances, Santé mentale, Santé physique).

⁸ Ce financement devrait cependant être octroyé sous forme de soutien à la mission de base des organismes communautaires impliqués volontairement dans les projets cliniques et non par ententes de services contractualisées.

VIII). En aval, on déplore aussi « le manque de suivi [...] puisque rien ne laisse croire que l'intégration du CSSS-RLS constitue encore, quatre ans plus tard, une priorité ministérielle » (Idem : 42).

Nous identifions deux ordres de défaillance en provenance du MSSS: une défaillance administrative par l'absence de soutien financier accordée à la mise en place des RLS et des projets locaux issus des projets cliniques alors que les ententes de gestion et les priorités du MSSS étaient omniprésentes; et une défaillance stratégique par l'abandon dans les faits des RLS et des projets cliniques dans l'ordre du jour du MSSS depuis quelques années.

Par rapport aux Agences, « la majorité des CSSS ont déploré, à un moment ou l'autre, le manque de soutien de leur agence en raison d'une absence de leadership ou d'un roulement important de personnel » (Idem : VIII). Enfin « les CSSS sont divisés entre les attentes de la population locale et les demandes venues de l'agence ou du Ministère » (Idem : VIII). En fait le « cadre serré des ententes de gestion qui ne correspondent pas toujours aux priorités établies par les établissements et leurs partenaires » est identifié comme l'un des enjeux systémiques qu'affrontent les CSSS (Idem : X). « Le réseau, notent les évaluateurs, semble avoir atteint un point de saturation à l'égard des changements et des multiples "commandes venues d'en haut", tant chez les cadres que chez le personnel » (Idem : 42)

Au niveau des services aux personnes en PALV, ces transformations ont renforcé les résistances à l'instauration de nouvelles règles définies avant la création des CSSS pour l'ajustement aux réalités d'une population vieillissante, mais ils ont aussi arrimé les services de soutien à domicile aux opérations hospitalières sans leur donner les moyens d'élargir leur capacité de répondre aux besoins des personnes âgées qu'ils rencontrent quotidiennement en amont. Ce faisant, ils ont suscité des réflexes de défense à l'égard de la réorganisation du travail et des mécanismes de défense à l'intérieur des institutions. À l'inverse, la révision des premiers plans d'organisation, l'introduction de processus de consultation pour établir les règles d'opération, les démarches participatives de définition des nouvelles formes d'encadrement et la réponse aux attentes de soutien professionnel sont vécus comme des incitatifs aux changements en cours.

Les changements en organisation communautaire au moment de notre enquête étaient trop récents pour que les OC manifestent une adaptation à la nouvelle situation. Là aussi s'est exprimée une résistance aux reculs quant à la contribution des OC dans les rapports de partenariat avec le milieu. Les partenaires ont pour leur part perçu comme une manifestation de l'ampleur des transformations le fait que les OC soient moins disponibles ainsi que les mouvements de personnel cadre affectant leurs rapports avec les CSSS dans l'organisation de leurs services. Ils y voient une certaine distanciation en comparaison avec la situation existant avant la création des CSSS.

La gestion des changements par l'État et leur mise en œuvre par la suite au niveau de la gestion des CSSS n'ont pas reposé sur des principes de mobilisation des ressources humaines. Cela explique un certain nombre de résistances exprimées notamment par les intervenantes et intervenants des CSSS, mais aussi de craintes formulées particulièrement par le milieu communautaire.

CONCLUSION

La recherche voulait répondre à deux grandes questions: quels sont les changements observables générés par la création des CSSS dans les pratiques partenariales entre le réseau public, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale dans le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), et les changements dans les rôles et fonctions des intervenants psychosociaux et des organisateurs communautaires œuvrant dans ce programme.

Nous avons constaté que ces changements sont significatifs même s'il n'est pas toujours possible de les attribuer directement au processus de création des CSSS. Cette réforme s'est en effet inscrite dans le prolongement de modifications importantes apportées au cours de la dernière décennie au réseau de la santé et des services sociaux et de préoccupations introduites par l'idéologie de la nouvelle gestion publique. Nous croyons que les conditions imposées par le MSSS pour réaliser des transformations de cette ampleur sans injecter de fonds nouveaux compromettent l'atteinte des résultats. Ce point de vue est aussi celui de l'équipe d'évaluation qui constate que la responsabilité populationnelle déléguée aux CSSS n'est pas accompagnée d'une allocation des ressources sur la même base, ce qui « semble limiter la capacité des CSSS et de leurs partenaires d'organiser les services de façon efficiente » (MSSS, 2010 : 88).

Ce que nous avons appris grâce à l'étude documentaire et aux entrevues réalisées soulève de sérieuses questions non pas sur les objectifs poursuivis par la réforme, qui correspondent aux impératifs auxquels sont confrontés les services publics de santé et de services sociaux des États comparables au Québec, mais sur la stratégie retenue. Nous partageons les affirmations du rapport d'évaluation du MSSS qui estime que le projet des CSSS progresse, en particulier du fait de l'approche par programme qui fait en sorte que « la "vision" du CSSS en tant que nouvelle entité se forge tranquillement » (MSSS, 2010 : 50), mais qu'il en va autrement de « la coresponsabilité de l'ensemble des partenaires vis-à-vis de la population d'un territoire, ou la responsabilité populationnelle » qui est « loin d'être acquise même si une meilleure compréhension du concept est constatée presque partout » (Idem : 69). Avec les auteurs de ce rapport nous partageons le jugement qu'ils formulent sur la fusion des établissements :

La fusion des établissements n'est donc pas un facteur à partir duquel on peut qualifier le degré d'intégration. Plutôt, il apparaît que l'approche par programme ainsi que le projet clinique sont davantage porteurs de changements quant à l'intégration des services. D'ailleurs, tout au long du processus d'évaluation, des interrogations ont été soulevées quant à la nécessité de fusionner les établissements pour optimiser la mise en réseau. (Idem : 89)

Nous sommes très conscients des limites de notre recherche. L'échantillon de quatre CSSS parmi les 95 qui ont été créés au Québec et le petit nombre d'interlocuteurs que nos entrevues nous ont permis de mettre à contribution, imposent au départ une certaine humilité dans la formulation des conclusions. Si l'on ajoute le fait que nous avons réalisé la recherche durant la phase d'implantation de la majorité des CSSS, il nous semble évident qu'il conviendra de réviser nos conclusions à la lumière de ce qui se produira au cours des prochaines années. Une réforme de cette ampleur exige certainement une durée plus longue pour donner tous ses fruits. Nous estimons cependant que la convergence constatée avec l'évaluation réalisée par le MSSS dans huit autres CSSS au cours de la même période (MSSS, 2010), tout comme les convergences entre les constatations réalisées dans deux régions très distinctes sont des indicateurs de fiabilité de ces résultats.

À partir de l'étude des quatre cas de notre échantillon, nous constatons que la réforme génère des changements qui sont toujours en cours dans les CSSS. Les facteurs qui déterminent ces changements ont un caractère aléatoire qui ne permet pas de formuler pour le moment une évaluation globale et définitive. Il y aurait donc lieu de mener de nouvelles recherches pour identifier ce qui adviendra des tendances paradoxales que nous avons constatées.

Nous pensons en particulier qu'il serait important de suivre de près l'évolution des pratiques de travail social dans un contexte où la gestion de cas constitue le mode privilégié de cette contribution professionnelle à une population en perte d'autonomie liée au vieillissement. Il serait intéressant aussi de voir si cette transformation touche aussi les pratiques de travail social en santé mentale de même qu'en petite enfance, jeunesse et adultes. Nous avons observé un déplacement de la conception de l'intervention clinique depuis les pratiques psychosociales comportant une large part de relations de proximité avec les personnes âgées vers la gestion de cas comportant davantage d'accompagnement de clientèle dans l'accès administratif aux services. Ce ne sont pas seulement des éléments de satisfaction professionnelle qui s'en trouvent modifiés, mais aussi la conception même du travail social professionnel. Sans mettre en doute que la gestion de cas comme la gestion de programmes fasse partie du champ du travail social, les nouvelles attentes à l'égard des intervenantes et intervenants sociaux ne peuvent manquer d'avoir des conséquences sur leur formation mais aussi sur une spécialisation plus poussée de leurs pratiques et sur leurs possibilités de mobilité entre les divers programmes-clientèles.

Du côté de l'organisation communautaire, la réorganisation des services en équipe rattachée à la direction locale de santé publique soulève des questions encore sans réponse au moment de notre enquête. Comment s'assurera-t-on, d'une part, que la contribution professionnelle des OC soit effectivement prise en compte dans les orientations de santé publique des CSSS ? Aussi bien sur le terrain du développement des communautés que sur celui des déterminants sociaux de la santé, l'offre de services d'organisation communautaire des CSSS est en effet confrontée à un défi de cohérence interne entre les choix d'établissement et les plans d'intervention avec et auprès des partenaires. L'écart hiérarchique entre les OC et les directions générales dans les établissements complexes que sont les CSSS posent des contraintes importantes à la fluidité des communications internes sur lesquelles repose une telle cohérence. Comment, d'autre part, se réaliseront les collaborations avec les programmes-clientèles maintenant que les OC font souvent « bande à part », parfois même physiquement, des équipes de ces programmes ? Il est certainement possible d'établir des mécanismes assurant une communication efficace entre un ou des OC et les équipes programmes. Il faudra voir quelle forme cela prendra au fur et à mesure que les nouvelles directions de santé publique établiront leurs modes de gestion.

Nous n'avons pas observé de modification significative des rapports de partenariat entre les CSSS et les organismes communautaires et d'économie sociale de leur territoire. Cependant le regroupement de territoires et la pression à l'établissement d'ententes contractuelles dans le cadre des continuums de services continuent à inquiéter le milieu. La situation pourrait donc évoluer et les craintes du milieu communautaire pourraient se confirmer même si ce que nous avons observé est davantage de l'ordre des ajustements. Il faudra voir aussi dans quelle direction iront les organismes d'action communautaire autonome pour répondre aux nouvelles contraintes qui les touchent autant sinon plus que les CSSS, notamment quant à leur capacité d'assurer la relève de leur main d'œuvre au moment où le secteur public offre des conditions plus attrayantes et doit recruter plus agressivement.

Finalement au moment de conclure notre recherche, nous observons au MSSS une volonté de poursuivre la stratégie des fusions, en regroupant notamment des centres hospitaliers universitaires avec des CSSS, et une faible préoccupation quant aux projets cliniques. Les évaluations démontrent pourtant que les premières ne sont ni nécessaires ni contributives pour atteindre les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, alors que les projets cliniques s'avèrent prometteurs à cet égard. Cela soulève des questions sur les parcours que les CSSS emprunteront au cours des prochaines années pour contribuer à une offre de services vraiment modulée en fonction de la responsabilité populationnelle que l'État leur a confiée.

BIBLIOGRAPHIE

ADRLSSSS de Montréal (2004), *Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal. Intégration des services de santé et des services sociaux aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement – Balises régionales*

ADRLSSSS de Montréal (2005), *Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement à Montréal. Enjeux – perspectives – balises régionales*, Montréal, 72p.

ADRLSSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (2004), *Plan d'action régional de santé publique du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2004-2007*, Saguenay, 398p.

ASSS de Montréal (2006a), *Rapport annuel de gestion 2005-2006*, Montréal, 138p.

ASSS de Montréal (2006b), *Partenariat entre l'Agence de la santé et des services sociaux, les centres de la santé et des services sociaux, les autres catégories d'établissements et les organismes communautaires, Cadre de référence régional*, approuvé par le conseil d'administration du 24 janvier, ASSSM, 36p. + annexe.

ASSS de Montréal (2007), *Rapport du comité d'allocation des ressources et de suivi des ententes de gestion*, 19 juin.

ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (2005), *Plan d'action régional 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : région du Saguenay-Lac-Saint-Jean*, 33p.

ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean (2008), *Cadre de coopération entre l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean et les organismes communautaires œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux*, Adopté par le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean le 3 avril, 53p.

Assemblée nationale du Québec (2003). *Projet de loi no 25. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Publications du Québec.

Assemblée nationale du Québec. (2004). *Projet de loi no 83. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et de services sociaux et d'autres dispositions législatives* : Éditeur officiel du Québec.

Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS, 2004), Fiche sur le concept de la responsabilité populationnelle, 3.2, 4p.

Association québécoise des retraité(e)s des secteurs publics et parapublics (AQRP, 2007), *Portrait statistique régional des aînés du Québec*, consulté en ligne (<http://www.aqrp.qc.ca/portrait.pdf/>)

Bazzoli Gloria J., Linda Dynan, Lawton R. Burns and Clarence Yap (2004), "Two Decades of Organizational Change in Health Care : What Have we Learned ?", *Medical Care Research and Review*, vol.61 no.3, September, pp.247-331.

Bojke Chris, Hugh Gravelle et David Wilkin (2001), "Is Bigger Better for Primary Care Groups and Trusts", *British Medical Journal*, vol.322, no.7286, p.599-602

Bourque Denis (2007), « Ententes de services dans le Programme de soutien aux jeunes parents et nouveaux rapports public-communautaire » in *Intervention*, no.126, juin, pp.42-52.

Bourque Denis et René Lachapelle (2009a), *Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)*, *Monographie du CSSS Jeanne-Mance*, CRCOC cahier no.0903, juin, 49p.

Bourque Denis et René Lachapelle (2009a), *Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)*, *Monographie du CSSS du Sud-Ouest-Verdun*, CRCOC cahier no.0906, juillet, 51p.

Breton Mylaine (2009), L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS, Thèse de doctorat en Santé publique, Université de Montréal, 335p. <http://hdl.handle.net/1866/3201>

Charpentier M. (2002), *Priver ou privatiser la vieillesse ? Entre le domicile à tout prix et le placement à tout prix*, Québec, Presses de l'Université du Québec,

Cohen Jon R., Michael Dowling and John S. T. Gallagher (2001), "The Trials, Tribulations, and Relative Success of the Ongoing Clinical Merger of Two Large Academic Hospital Systems", *Academic Medicine*, vol.76, no.7, July, pp.675-683

Comité ministériel sur l'évaluation (1997), *L'évaluation des organismes communautaires bénévoles. Une évaluation respectueuse des organismes communautaires et bénévoles implique un processus de négociation*, Septembre, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 75p. + annexes

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS, 1988), *Rapport*, Québec, 803p.

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS, 2000), *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*, Québec, 410p.

Conseil de la famille et de l'enfance (2004), *Vieillesse et santé fragile : un choc pour la famille*, Québec, Conseil de la famille et de l'enfance

Corneau Sophie, Marie-Josée Leclerc et Sabrina Tremblay (2009), *Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)*, Monographie du CSSS du Sud-Ouest-Verdun, CRCOC cahier no.0904, juin, 82p.

Deslauriers Jean-Pierre et Yves Hurtubise (2000), *Introduction au travail social*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 426p.

Développement des ressources humaines Canada (DRHC, 2000), *Sécurité de la vieillesse*, in *Éco-Santé Québec*, 2007.

Direction de la Santé publique de Montréal (2003), *La prévention en action : Plan d'action montréalais en santé publique*, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal Centre, 82p.

Dupuis Alain et Luc Farinas (2009), *Une critique des modes managérialistes dans la gestion des organisations de services humains de santé et de services sociaux*, Cahier de recherche du Cergo, ÉNAP – Téluc, 19p.

Ferlie, E., Hartley, J., & Martin, S. (2003). "Changing public service organizations: Current perspectives and future prospects", *British Journal of Management*, vol.14, Supplement 1, December, pp.S1-S14.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé – Canadian Health Services Research Foundation (2002), *À bas les mythes. Mythe : Fusionnements d'hôpitaux : plus c'est gros, mieux ça vaut*, Ottawa, FCRSS-CHSRF.

Gaumer, B. & Fleury, M.-J. (2007), « La gouvernance du système sociosanitaire au Québec: un parcours historique » in *Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur.

Gélinas Jacques B. (2008), *Dictionnaire critique de la globalisation. Les mots du pouvoir, le pouvoir des mots*, Montréal, Les Éditions Écosociété, 303p.

Giauque David et Daniel J. Caron, « Réformes administratives et gestion des ressources humaines : comparaison de la Suisse et du Canada », *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol. II, no.2, pp.225-240.

Grimaud Olivier et Alain Jourdain (2004), « Le rapport d'objectifs de santé publique : Une réelle ambition sans stratégie de mise en œuvre? », *Santé publique*, vol.16, no.4, pp.673-675.

Hackett Mark Christopher (1996), "Are there alternatives to merger?", *Health Manpower Management*, MCB University Press, vol.22, no.5, pp.5-12.

INSPQ (2002), *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, Institut national de santé publique, 46p.

Institut de la statistique du Québec (ISQ 2001), *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e édition, Montréal, Bibliothèque nationale du Québec, 642p.

Institut de la statistique du Québec (ISQ, 2003), *Si la tendance se maintient : Perspective démographique. Québec et ses régions 2001-2031*, Québec, 38p.

Karrer M., Buttet P. et al. (2004), « Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Modalités de mise en œuvre d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées », *Santé publique*, vol.16, no.3, pp.471-486

Larivière Claude (2005), « Les choix de l'État québécois », *Comprendre les enjeux de la nouvelle gestion publique*, Le Réseau Conseil Interdisciplinaire du Québec, vol.5, no.1, juin, pp.3-6.

Leclerc Marie-Josée, Sophie Corneau et Sabrina Tremblay (2009), *Le processus de création du CSSS et la reconfiguration des services du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)*, *Monographie du CSSS du Sud-Ouest-Verdun*, CRCOC cahier no.0905, septembre, 71p.

Lefebvre C. (2003), *Un portrait des Québécois de 65 ans et plus*, Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique, 20p.

Lesemann Frédéric (1988), *La politique sociale américaine. Les années Reagan*, Syros-Alternatives / Éditions Saint-Martin, 192p.

Lévesque B. (2007), *Une gouvernance partagée et un partenariat institutionnalisé pour la prise en charge des services d'intérêt général*, Cahier C-13-2006, CRISES, UQAM, 26 pages.

Merrien François-Xavier (1999), « La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique », *Lien social et Politiques – RIAC*, no.41, printemps, pp.95-103

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2003), *Chez soi : le premier choix, La politique de soutien à domicile*, Québec, 43p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2004a), *Chez soi : le premier choix, Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*, Québec, 39p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004b), *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004c), *L'intégration des services de santé et de services sociaux: Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Consulté le 17 mai, 2007, from <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-08.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004d), *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal*, Québec, octobre, 76p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004e), *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Résumé*, Québec, MSSS, 24p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005a), « Bulletin d'information présentant le contour financier des programmes-services et des programmes-soutien du Ministère », *Info-Contour*, novembre, no.5.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005b), *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie, Plan d'action 2005-2010*, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006), *Rapport annuel de gestion 2005-2006*, Québec, 156p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008), *La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale, Programme de soutien aux organismes communautaires*, Québec, 22p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2009), *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Analyse de l'accessibilité aux services de première ligne, Rapport final. Faits saillants, Direction de l'évaluation MSSS, octobre, 13 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010), *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Gouvernement du Québec, mai, 105p.

Poupart Robert, Jean-Jacques Simard et Jean-Paul Ouellet (1986), *La création d'une culture organisationnelle : le cas des CSLC*, Centre de recherche en gestion U*QÀM – Fédération des CLSC du Québec, mai, 93p.

Proulx J., D. Bourque et S. Savard (2007), « Les interfaces entre l'État et le tiers secteur au Québec : essai autour d'une typologie », *Intervention*, no.126, juin, pp.20-30

Québec (2003), *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Projet de loi no.25 (2003, chapitre 21)*, Éditeur officiel du Québec

(www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2003C21F.PDF)

Québec (2004), *Cadre de référence en matière d'action communautaire*, Secrétariat à l'action communautaire autonome – Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, juillet

(<http://www.mess.gouv.qc.ca/sacais/action-communautaire/cadre-reference.asp>)

Québec (2005), *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et autres dispositions législatives. Projet de loi no.83 (2005, chapitre 32)*, Éditeur officiel du Québec

(www2.publicationduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2005C32F.PDF)

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (1996), *Les organismes communautaires du Saguenay-Lac-St-Jean et la Régie régionale : partenaires pour la santé et le bien-être des citoyens*, Chicoutimi.

René J.-F., Gervais L. (2001). « Dossier : La dynamique partenariale: un état de la question », *Nouvelles Pratiques Sociales*, vol.14, no1, pp.20-30.

Richard M.-C., Maltais D., Savard S., Tremblay M., Bourque D., Bussière D. *et al.* (2005), *Enjeux de la configuration des centres de santé et de services sociaux : recension des écrits*, Université du Québec à Chicoutimi, GRIR.

RQIIAC (2010), *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS. Cadre de référence du RQIIAC*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 158p.

Savard Sébastien (2007), « Conflits de valeurs et organisation communautaire au Québec », in Bourque Denis, Yvan Comeau, Louis Favreau et Lucie Fréchette (sous la direction de) (2007), *L'organisation communautaire. Fondements, approches et champs de pratique*, Québec, Presses de l'Université du Québec, pp.281-295.

Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales (SACAIS, 2007), *État de situation de l'intervention gouvernementale en matière d'action communautaire. Édition 2006-2007*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, novembre.

Shih-Jen Kathy Ho, Lilian Chan and Roland E Kidwell Jr. (1999), "The Implementation of Business Process Reengineering in American and Canadian Hospitals", *Health Care Management Review*, Aspen Publishers, vol.24, no.2, pp.19-31.

Shortell Stephen M., Robin R. Gillies and David A. Anderson (1994), "The New World of Managed Care: Creating Organized Delivery Systems", *Health Affairs*, 13 Winter, pp.47-64.

Société d'habitation du Québec (SHQ, 2005), *L'habitation au Québec. Saguenay-Lac-Saint-Jean. Profil statistique*, en ligne

(<http://www.habitation.gouv.qc.ca/publications/M18395.pdf>)

Statistique Canada (2001a), *Recensement de la population de 2001*, consulté en ligne (<http://www.statcan.ca>)

Statistique Canada (2001b), *Enquête sur la participation et la limitation d'activités : un profil de l'incapacité au Canada en 2001*, Ottawa.

Statistique Canada (2006), «Utilisation des services de soins à domicile par les personnes âgées », *Rapports sur la santé*, 17(4), pp. 47-51.

Visscher Christian de et Frédéric Varone, « La nouvelle gestion publique "en action" », *Revue Internationale de Politique Comparée*, vol.II, no.2, pp.177-185.

Yin Robert K. (1994), *Case Study Research : Design and Methods*, 2d ed., Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 240p.

Yin Robert K. (1994), "Discovering the Future of the Case Study. Method in Evaluation Research", *American Journal of Evaluation* 15, pp.283-290

Yin Robert K. (1999), "Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research", *Health Serv Res.* 34 (5Pt2), pp.1209-1224

ANNEXE 1

NOTE :

Les grilles d'entrevue ont été adaptées pour chacune des catégories d'intervenant rencontrées, mais leur organisation de base demeurant la même, nous n'en présentons qu'une seule version.

Grille d'entrevue

Organisateur(s) communautaire(s)

Projet de recherche :

Les effets de la reconfiguration en santé et services sociaux sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires en CSSS

Date :

Entrevue réalisée par:

Entrevue réalisée avec:

1. Tout d'abord, nous tenons à vous remercier d'avoir accepté de nous rencontrer afin de répondre à certaines questions de recherche portant sur les effets de la reconfiguration en santé et services sociaux sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires en CSSS.
2. Cette rencontre permettra,
 1. dans un premier temps, de mieux connaître et comprendre les changements générés par cette reconfiguration, dans les rapports entre les établissements et les partenaires communautaires, relativement aux services destinés aux personnes âgées.
 2. Ensuite, le deuxième bloc de questions portera sur le processus d'élaboration et sur la mise en œuvre du projet clinique et du RLS pour le programme PALV. Enfin, les dernières questions concerneront les ententes de services qui existent entre le CSSS et les partenaires communautaires.
3. Faire remplir le formulaire de consentement et la fiche signalétique
4. Pouvez-vous me décrire brièvement votre fonction et vos tâches dans le CSSS?

<p style="text-align: center;">Premier Bloc Changements associés à la création du CSSS</p>
--

La première partie de cette entrevue vise à mieux connaître et à mieux comprendre les changements survenus depuis la création du CSSS, dans les rapports entre les établissements et les partenaires communautaires, en ce qui a trait aux services PALV. (Faire spécifier à quoi ces changements sont dus si l'interviewé ne l'a pas expliqué.)

A) Rapports entre l'établissement et les partenaires communautaires (entreprises d'économie sociale et organismes communautaires)

1. Selon vous, depuis que le CSSS a été mis en place, y a-t-il eu des changements dans les rapports entre le CSSS et les organismes communautaires?
 - Nombre et l'identité des partenaires. (Avez-vous plus de partenaires communautaires ou moins dans vos rapports? Y a-t-il apparition de nouveaux acteurs?)
 - Modalités d'échanges (multilatéral, bilatérale, table de concertation etc.)
 - Nature des rapports :
 - ✓ intensité des rapports : flux impliqués (intervenants et missions),
 - ✓ les changements dans les ressources impliquées : financières, matérielles et humaines.
 - Relation de pouvoir et autonomie de gestion des organismes communautaires
 - Encadrement des relations (formalisme)
2. Sentez-vous que la contribution spécifique des partenaires est reconnue depuis la création du CSSS?
3. Globalement, est-ce que la création du CSSS s'est avérée positive ou négative pour les rapports entre l'établissement et les partenaires communautaires?

B) Changements dans les services aux personnes en PALV du fait de la FUSION en CSSS

4. Quels sont les changements survenus depuis la création du CSSS dans les services de l'ensemble des missions du CSSS desservant la clientèle PPALV? (nature, quantité, diversité, ...)
5. Est-ce que l'offre de services psychosociaux⁹ a changé depuis la création du CSSS? En quoi?
6. La réforme visait l'amélioration de l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. Cela se vérifie-t-il sur le terrain?

⁹Les interventions psychosociales consistent à restaurer et à maintenir l'équilibre psychologique et social des personnes. Les activités sont la réinsertion sociale, d'adaptation au changement de milieu de vie, d'utilisation des ressources dans la communauté, de prévention des problèmes de santé mentale, de dépistage et de prévention des situations de négligence et d'abus. Exemples de difficultés sur le plan psychologique ou social : deuil, abandon, isolement, difficultés financières.

7. Depuis la création du CSSS, est-ce que vous pensez que les changements dans les services PALV relevant de l'établissement se sont avérés positifs ou négatifs? Pourquoi?

C) Pratique d'organisation communautaire

8. Est-ce qu'il y a eu des changements dans :
- 8.1. La description de vos tâches et la priorisation de votre travail
 - 8.2. Votre autonomie professionnelle
 - 8.3. L'encadrement administratif reçu
 - 8.4. La supervision clinique qui vous est accordée et que vous recevez
 - 8.5. Vos relations avec les autres intervenants de l'équipe soutien à domicile et ceux des autres missions
 - 8.6. Votre organisation du travail
 - 8.7. La reconnaissance de l'organisation communautaire dans le PPALV
 - 8.8. Percevez-vous d'autres changements dans votre pratique
 - 8.9. Les rapports avec les organismes communautaires
 - 8.10. Vos rapports avec la direction du CSSS
9. Depuis la création du CSSS, est-ce que vous pensez que les changements dans la pratique d'organisation communautaire se sont avérés positifs ou négatifs? Pourquoi?

D) Pratique psychosociale (pratique des intervenants psychosociaux, travailleurs sociaux, ARH)

10. Est-ce qu'il y a eu des changements dans :
- 10.1. La description des tâches et la priorisation du travail des ARH/TS
 - 10.2. Leur autonomie professionnelle
 - 10.3. L'encadrement administratif reçu
 - 10.4. La supervision clinique qui leur est accordée et reçue
 - 10.5. Leurs relations avec les autres intervenants de l'équipe soutien à domicile et ceux des autres missions
 - 10.6. L'organisation de leur travail
 - 10.7. La reconnaissance de la pratique psychosociale dans le PPALV
 - 10.8. Percevez-vous d'autres changements dans leur pratique?
11. Depuis la création du CSSS, est-ce que vous pensez que les changements dans la pratique de l'intervention psychosociale PALV se sont avérés positifs ou négatifs? Pourquoi ?

<p style="text-align: center;">Deuxième bloc Projet clinique et réseaux locaux de services (RLS)</p>
--

Cette seconde partie traite quant à elle du processus d'élaboration et de la mise en œuvre du projet clinique et du RLS pour le programme PALV.

A) Projet clinique : processus d'élaboration

12. Quelle a été votre implication dans le processus d'élaboration du projet clinique pour le programme PALV? Nature et forme de la participation
 - 12.1. Détermination des règles du jeu
 - 12.2. Identification des problématiques (diagnostics)
 - 12.3. Choix des priorités
 - 12.4. Déterminations du plan d'action, des moyens et solutions
13. Avez-vous l'impression qu'on a tenu compte de vos opinions? Commentez.
14. Vous reconnaissez-vous dans les choix qui ont été faits concernant:
 - 14.1. La détermination des règles du jeu
 - 14.2. Les diagnostics
 - 14.3. Le choix des priorités (les objectifs)
 - 14.4. Le plan d'action et les moyens et solutions mis en place
15. Avez-vous l'impression que tous les participants au processus d'élaboration avaient le même pouvoir d'influence? Commentez.
16. Globalement, avez-vous l'impression que le processus d'élaboration du projet clinique a permis à tous les participants de se prononcer? Pourquoi?
17. Quelle évaluation faites-vous du processus d'élaboration du projet clinique dans le programme PALV. Quels ont été les points forts et les points faibles de cette élaboration?

B) Projet clinique : mise en œuvre

- a) Fonctionnement
18. Concrètement, comment s'opérationnalise sur le terrain le projet clinique adopté par le CA du CSSS?
19. Dans quelle mesure la mise en œuvre du projet clinique est-elle participative?
20. Est-ce qu'il y a une instance ou structure présente pour la mise en œuvre du projet clinique?
 - 20.1. Qui en fait partie?
 - 20.2. Quel est son mode de fonctionnement?
 - 20.3. Quelle en est votre appréciation? Quels sont ses points forts et ses points faibles?

b) Effets

21. En quoi le projet clinique PALV est venu modifier (ou modifiera) :
 - 21.1. Les services PALV (en quoi et pourquoi?)
 - 21.2. Les relations entre l'établissement et les partenaires communautaires
 - 21.3. La pratique des organismes communautaires
 - Clientèle
 - Services
 - Priorité
 - Relations avec les CSSS
 - 21.4. La pratique des organisateurs communautaires
 - 21.5. L'organisation et la réorganisation des services
 - 21.6. La prévention et promotion de la santé des personnes âgées
22. Est-ce que vous savez s'il y a des ententes de services entre les partenaires communautaires et le CSSS? Si oui, lesquels?
23. Suite à ces ententes de services, avez-vous perçu des changements :
 - 23.1. Dans les services
 - 23.2. Dans la clientèle desservie
 - 23.3. Dans les pratiques (services, clientèles, priorités d'action)
 - 23.4. Dans les rapports des partenaires avec l'établissement
 - 23.5. À l'imputabilité et la reddition de comptes

C) Perspectives d'avenir

24. Selon vous, dans 5 ans, à quoi ressembleront :
 - 24.1. Les rapports entre l'établissement et les organismes communautaires
 - 24.2. Les services PALV du CSSS
 - 24.3. La pratique d'organisation communautaire